

مجلة الأسرة العربية والسكان

بحوث ودراسات

دورية علمية متخصصة محكمة

بصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة



في هذا العدد:

- مستويات واتجاهات ظاهرة الطلاق وأساليب الحد منها في بعض الدول العربية.
- الشباب والتثقيف الصحي في قضايا الصحة الإنجابية، وإعدادهم للدور الإنجابي في المنطقة العربية.
- تقدير عدد المهاجرين بين أمانة العاصمة وبقية محافظات الجمهورية اليمنية.
- الاتجاهات الإقليمية للوفيات.

مجلة
الأسرة
العربية
تتحدث



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

المجلد الرابع - العدد الحادي عشر - مايو 2011

الهيئة الاستشارية والعلمية
(حسب الترتيب الأبجدي)

- أ.د. أحمد رجاء رجب أستاذ الصحة الإنجابية – جامعة الأزهر. مصر
- د. أحمد عبد المنعم مدير المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية. مصر
- أ. أحمد عبد الناظر مدير مركز بحوث الصحة الإنجابية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري. تونس
- أ.د. أحمد مصطفى العتيق عميد معهد الدراسات والبحوث البيئية - جامعة عين شمس. مصر
- أ.د. الزبير عروس أستاذ علم الاجتماع، جامعة الجزائر، باحث بمركز بحوث الاقتصاد التطبيقي للتنمية. الجزائر
- د. التيجاني طاهر التيجاني كبير خبراء السياسات السكانية، الأمم المتحدة بالرياض. السودان
- د.أيمن زهري خبير دراسات السكان والهجرة. مصر
- أ.د. توفيق بن خوجة مدير عام المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة بدول مجلس التعاون الخليجي. السعودية
- د. ساهر وصفي شقيدف خبير تقييم البرامج والأنظمة الصحية. الأردن
- د. سلمى جلال خبيرة في قضايا الصحة والسكان والتنمية. مصر
- د. رامز مهاني مستشار إقليمي بمكتب منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بالقاهرة. سوريا
- أ.د. شبيب دياب أستاذ علم الاجتماع بالجامعة اللبنانية. لبنان
- د. عبد العزيز محمد فرح خبير في استراتيجيات السكان والتنمية. السودان
- د. عادل التاجوري خبير صحة الطفل والتغذية، مركز بحوث التغذية البشرية بفرنسا، ليبيا.
- أ.د. عثمان الحسن محمد نور أستاذ علم السكان ومستشار مبادرة حماية الأطفال في الشرق الأوسط وشمال افريقيا، السودان.
- أ.د. عز الدين عثمان حسن أستاذ أمراض النساء والولادة، جامعة المنصورة، مدير المؤسسة الأهلية المصرية لرعاية الخصوبة
- د. عزت الشيشيني مستشار ديموجرافي، المركز الديموجرافي بالقاهرة، مصر.
- أ.د. فوزي عبد الرحمن أستاذ أنثروبولوجيا، كلية البنات، جامعة عين شمس، مصر.
- أ.د. محمد نجيب عبد الفتاح عميد معهد البحوث والدراسات الإحصائية- جامعة القاهرة، مصر.
- أ.د. مراد كامل حسانين أستاذ أمراض نساء وتوليد، جامعة الأزهر. مصر
- أ. مصطفى أزلماط خبير الدراسات والبحوث الديموجرافية والصحية، وزارة الصحة، المغرب.
- د. مواهب توحيد المويلحي طبيبة وباحثة في مجال الصحة الإنجابية والسكان. مصر



صحة الأسرة العربية والسكان بحوث ودراسات

رئيس التحرير

د. أحمد عبد المنعم

مدير المشروع العربي لصحة الأسرة

سكرتارية التحرير

رابح حلبي

نيفين ونيس

الآراء الواردة في المجلة لا تعبر بالضرورة عن رأي جامعة الدول العربية، أو الجهة التي يعمل فيها الكاتب.



شروط النشر

- أن تكون المادة العلمية المقدمة مرتبطة بصحة الأسرة والسكان.
- ألا يكون قد سبق نشرها في أي دورية أخرى.
- تستوفي الشروط والمواصفات العلمية للأبحاث والدراسات.
- ترسل الموافقة على النشر بعد شهرين من استلام المادة العلمية.
- الدراسات التي لم تقبل لا ترد إلى أصحابها.
- ترسل المواد العلمية وجميع المراسلات على العنوان التالي:
- 22 أش طه حسين- الزمالك- الدور الثالث شقة 13- القاهرة
- أو البريد الإلكتروني papfaminfo@papfam.org
- تليفون/ فاكس: +202 - 27363834

الافتتاحية

حرصاً من إدارة المشروع العربي لصحة الأسرة في جامعة الدول العربية على توسيع قاعدة مستخدمي بيانات المسوحات القطرية وتعظيم الاستفادة منها، وتشجيعاً للباحثين والدارسين وخاصة الشباب منهم، ولتسهيل نشر الدراسات والبحوث التي يقومون بإعدادها، وتبادل خبراتهم بما يساعد في تطوير وتفعيل الشراكة والتعاون جنوب - جنوب في المنطقة العربية.

يسرنا تقديم العدد الحادي عشر من دورية "صحة الأسرة العربية والسكان: بحوث ودراسات" الذي يشهد تنوعاً أكبر في موضوعاته ونشر دراسات باللغة الانجليزية والتي نأمل أن تكون إضافة جديدة لإثراء الناحية المعرفية بالموضوعات المختلفة حول صحة الأسرة والسكان في المنطقة العربية، كما نرحب بأرائكم ومقترحاتكم لتطويرها وإخراجها في أفضل صورة.

والله ولي التوفيق

رئيس التحرير

شروط النشر

- أن تكون المادة العلمية المقدمة مرتبطة بصحة الأسرة والسكان.
- ألا يكون قد سبق نشرها في أي دورية أخرى.
- تستوفي الشروط والمواصفات العلمية للأبحاث والدراسات.
- ترسل الموافقة على النشر بعد شهرين من استلام المادة العلمية.
- الدراسات التي لم تقبل لا ترد إلى أصحابها.
- ترسل المواد العلمية وجميع المراسلات على العنوان التالي:
- 22 أش طه حسين- الزمالك- الدور الثالث شقة 13- القاهرة
- أو البريد الإلكتروني papfaminfo@papfam.org
- تليفون/ فاكس: 27363834 - 202+

صحة الأسرة العربية والسكان
بحوث ودراسات
دورية علمية متخصصة محكمة
يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة

في هذا العدد:

الصفحة	الموضوع
	- مستويات واتجاهات ظاهرة الطلاق وأساليب الحد منها في بعض الدول العربية.
1	أحمد عبد المنعم
	- الشباب والتثقيف الصحي في قضايا الصحة الإيجابية، وإعدادهم للدور الإيجابي في المنطقة العربية.
25	آسيا شريف،
	- تقدير عدد المهاجرين بين أمانة العاصمة وبقية محافظات الجمهورية اليمنية.
57	جمال الوحيشي
	- الاتجاهات الإقليمية للوفيات.
79	جريدة عميرة

مستويات واتجاهات ظاهرة الطلاق وأساليب الحد منها في بعض الدول العربية.

أحمد عبد المنعم¹

I - مقدمة

يرجع الاهتمام المتزايد بالأسرة كموضوع للبحث والدراسة من حيث البنية والوظائف والعلاقات وحركية التغير فيها إلى أنها المؤسسة الاجتماعية التي تؤثر على أوضاع المجتمعات وتعكس ما يميزها من خصائص تتعلق بقضايا الهوية والانتماء والحس الوطني والمسؤولية المجتمعية وما يرتبط كذلك بالأوضاع الاجتماعية والثقافية والاقتصادية وأنماط الحياة والسلوكيات المختلفة.

وبالرغم من المحاولات التي تتم تحت ستار العولمة والحداثة وغيرها من التوجهات فإن الأسرة العربية كانت ومازالت وستظل اللبنة الرئيسية لبناء المجتمع مهما تطورت المفاهيم وتعددت الاتجاهات وهي الضمان الأساسي للهوية والقيم العربية الأصيلة، بل وأكثر من ذلك فقد تعزز دور الأسرة العربية وأهميته في سياق العولمة الشاملة التي غزت الغالبية العظمى من دول العالم ومنها الدول العربية (أحمد عبد المنعم وآخرون 2009).

وقد انعكس إدراك الدول العربية بأهمية الأسرة في إنشاء مؤسسات وآليات تهتم بشؤون الأسرة وتضع السياسات والبرامج والاستراتيجيات الوطنية والتي تنفذ في انسجام وتناغم من منظومة حقوق الإنسان والأهداف التنموية للألفية ومقررات وتوصيات المؤتمرات الدولية والإقليمية ذات العلاقة.

وقد شهدت الأسرة العربية خلال العقود الأخيرة تغيرات عميقة ومتسارعة في بنيتها وطبيعتها ووظائفها والعلاقات بين أفرادها والمرجعيات القيمية التي تستند

¹ مدير المشروع العربي لصحة الأسرة، جامعة الدول العربية.

إليها مما ساعد على وجود ظواهر جديدة لم تعرف من قبل وتطور ظواهر أخرى كانت موجودة، ومن بين هذه الظواهر القيم والسلوكيات المتعلقة بالزواج والطلاق في المنطقة العربية.

II- الهدف من الدراسة

في ضوء ما تقدم تهدف الدراسة الحالية إلى المساهمة في تحليل مستويات واتجاهات وأسباب الطلاق في بعض الدول العربية وكذلك استعراض أفضل الممارسات التي تساعد في مواجهة الآثار المترتبة على الطلاق والحد من انتشاره وذلك باستخدام بيانات مسوحات كل من المشروع العربي للنهوض بالطفولة والمشروع العربي لصحة الأسرة والتي نفذت في تسعينيات القرن الماضي والعقد الأول من هذا القرن.

III- انتشار ظاهرة الطلاق في بعض الدول العربية

1.3 الأسرة العربية والحدثة

بالرغم من تمكن الأسرة العربية من الحفاظ على هويتها وخصوصيتها إلا أنها لم تستطع الصمود في مواجهة كل رياح التغيير والتطور والحدثة، بل انخرطت الدول العربية بدرجات متفاوتة ليس فيما بينها فقط وإنما داخل الدولة الواحدة في مسابرة التطور مما أدى إلى وجود أنماط حياة جديدة انعكست على مدى الترابط الأسري والمتأمل في السياسات الأسرية العربية يلاحظ أن العديد منها قد تأثر بمفاهيم ومقاربات لم تكن موجودة من قبل مثل التخطيط حسب النوع الاجتماعي ومنظور حقوق الإنسان والتشاركيات في التخطيط ... الخ.

ويمكن تلخيص التغييرات التي طرأت على بنية الأسرة العربية فيما يلي:

- انحصار انتشار الأسر الممتدة لتحل محلها الأسرة النووية.
- اتجاه حجم الأسرة إلى التناقص عبر الزمن نتيجة سياسات وبرامج المباحة بين الولادات.

- تأخر سن الزواج وتواصل ظاهرة زواج الأقارب.
- تزايد نسب الأسر التي ترأسها امرأة.

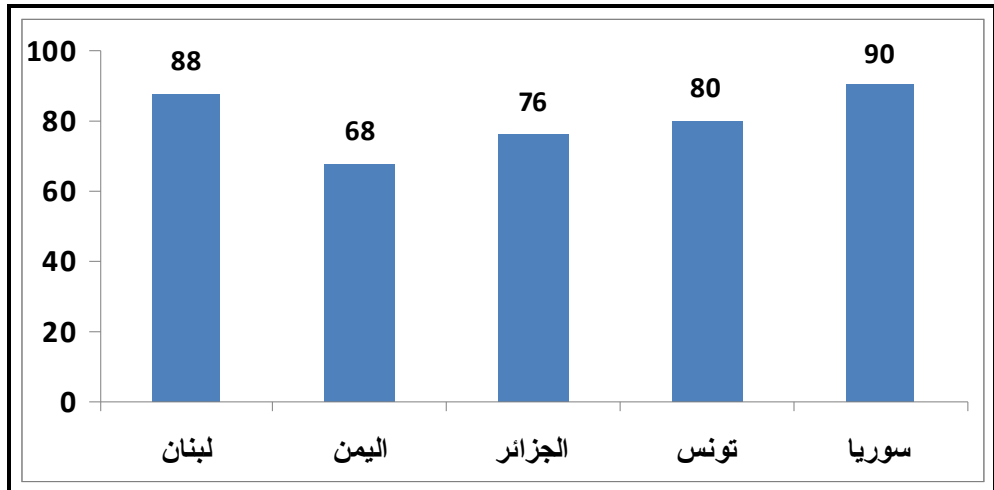
ويوضح الشكلان (1) و(2) مدى انتشار ظاهرتي الأسرة النووية والأسر التي ترأسها امرأة في بعض الدول العربية.

ويشير الشكل (1) إلى ارتفاع نسب الأسر النووية مما يشير إلى تقلص وجود الأسر الممتدة بما كانت يمكن أن توفره من حماية لاستقرار الزواج. كذلك تلاحظ انتشار الأسر التي ترأسها امرأة.

ويؤكد الشكلان وجود تفاوت واضح بين الدول العربية بالنسبة لانتشار الظاهرتين واللتين تعتبران من أهم مظاهر الحداثة مما يظهر عدم تأثر هذه الدول بالحداثة بنفس الدرجة.

شكل رقم (1)

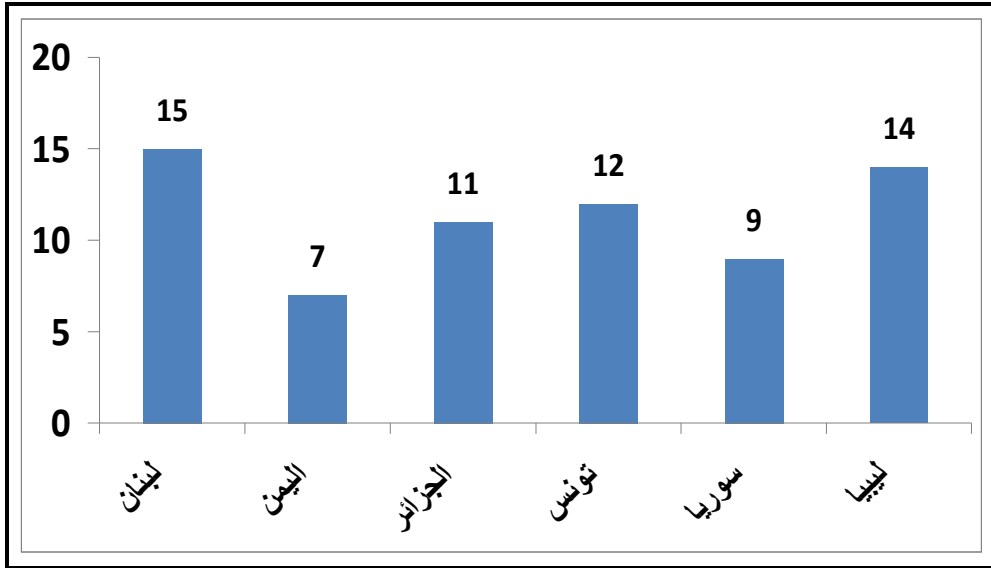
نسب الأسر النووية في بعض الدول العربية (2001 - 2004)



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

شكل رقم (2)

نسب الأسر التي ترأسها امرأة في بعض الدول العربية (2001-2007)



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

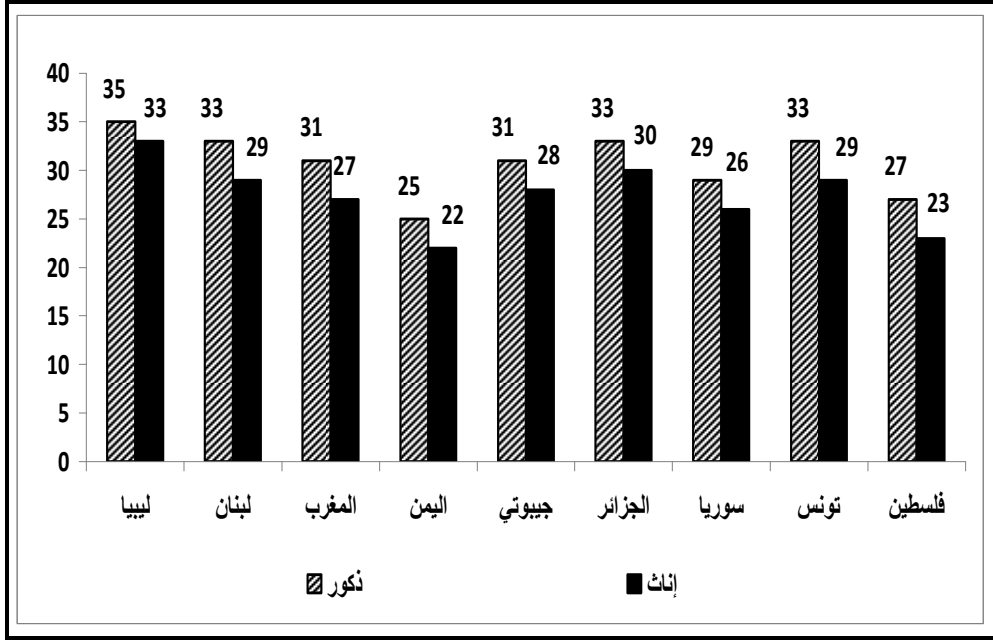
2.3 القيم والسلوكيات المتعلقة بالزواج

يمثل الزواج أبرز حدث في حياة الفرد وأنه ارتباط بين أسرتين مما يتطلب خضوعه للتقاليد والموروثات الثقافية والاجتماعية، وقد تعرضت القيم والسلوكيات الخاصة به إلى تحولات كبيرة شملت طرق اختيار القرين والقرابة بين الزوجين وسن الزواج ومدى استمراره واستقراره.

وقد أصبح تأخر سن الزواج من الظواهر البارزة في كل المجتمعات العربية مع اختلاف مستوى هذا التأخر حيث أوضحت العديد من الدراسات أن متوسط سنوات العزوبة قد تعدى الثلاثين عاماً في عدد من الدول العربية للذكور واقترب من ذلك بالنسبة للإناث، كما في الشكل (3).

شكل (3)

متوسط سنوات العزوبة في بعض الدول العربية حسب النوع (2001 - 2007)

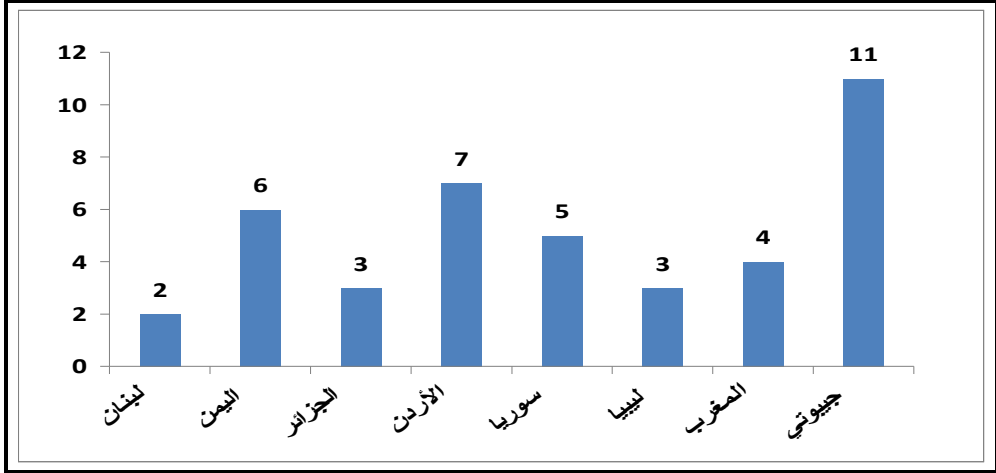


المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

وحول تعدد الزوجات، أوضحت الدراسات أن هذه النسبة تتراوح بين 2.3% في لبنان وتصل إلى حوالي 28% في السودان كما في الشكل رقم (4)، وقد أظهرت هذه الدراسات أن هذه النسبة تزيد بين الأميات وذوات المستوى التعليمي المنخفض وفي المناطق الريفية.

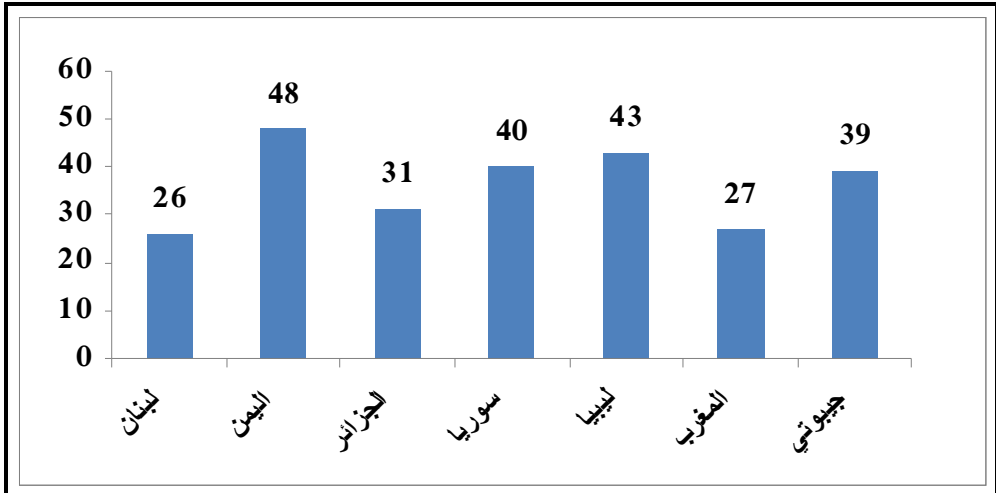
أما بالنسبة لزواج الأقارب، فتؤكد العديد من الدراسات انتشار هذه الظاهرة بالرغم من آثارها السلبية الصحية والاجتماعية مما يؤيد حضور العائلة العربية في الزواج. ويشير الشكل رقم (5) إلى أن نسبة زواج الأقارب تتراوح بين 25% في لبنان و48% في اليمن.

شكل (4)
نسب المتزوجات من أزواج متعددي الزوجات في بعض الدول العربية (2001 - 2007)



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

شكل (5)
نسب المتزوجات من أقاربهن في بعض الدول العربية (2001 - 2007)



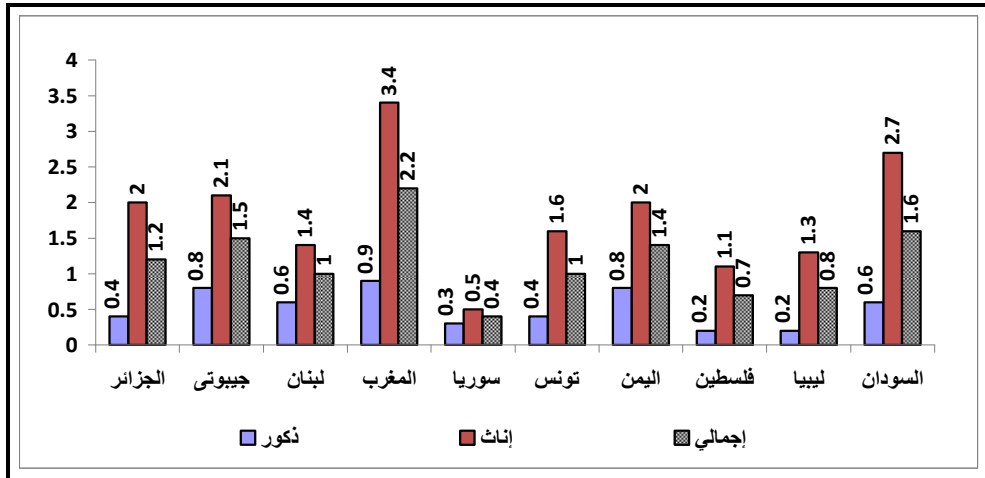
المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

3.3 استقرار الزواج

يؤثر استقرار الزواج وتواصله على التماسك والترابط الأسري وينعكس إيجاباً على حسن تنشئة الأطفال ونموهم السليم وعلى التواصل بين أجيال الأسرة الواحدة، ويعتبر الطلاق من أهم أسباب عدم استقرار الزواج إضافة إلى الترمل، وقد أصبح الطلاق في السنوات الأخيرة مشكلة اجتماعية ونفسية واقتصادية أخذت في الانتشار بشكل كبير في مجتمعاتنا العربية لما يترتب عليه من تفكك الأسرة وازدياد العداوات فضلاً عن الآثار السلبية على الأطفال بدءاً من الاضطرابات النفسية إلى السلوك المنحرف والجريمة... الخ، مما يستدعي دراسة هذه الظاهرة والوقوف على أسبابها ومعالجة آثارها على الأفراد والمجتمع.

شكل (6)

نسب الطلاق للسكان (15 سنة فأكثر) في بعض الدول العربية حسب النوع (2001-2007)



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

وقد أظهرت الدراسات أن نسب الطلاق بين السكان في عمر 15 سنة فأكثر قد تراوحت بين 0.4% في سوريا و2.2% في المغرب، وإذا ما نظرنا إلى نسب انتشار الطلاق بين الإناث في نفس الفئة العمرية فإنها تتراوح بين 0.5% في سوريا و3.5% في المغرب وبالنسبة للذكور فإنها تصل أدها في ليبيا وفلسطين

وأقصاها في جيبوتي مما يشير إلى ارتفاع نسب الزواج مرة أخرى بين المطلقين عنها بين المطلقات (انظر شكل 6).

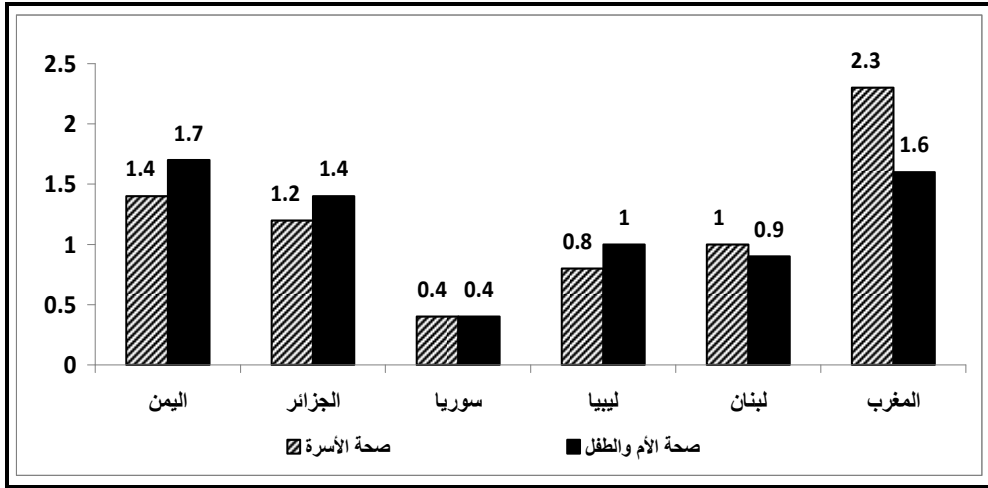
4.3 اتجاهات الطلاق في بعض الدول العربية

تباينت اتجاهات الطلاق خلال العشرية الأخيرة في عدد من الدول العربية فبعضها شهدت انخفاضاً في مستويات ونسب الطلاق ومنها من شهدت ارتفاعاً ومنها من لم تشهد أي تغير يذكر.

ومن الجدير بالذكر أن هذا النمط لم يختلف بين الذكور عنه بين الإناث، ويبين الشكل رقم (7) هذه التغيرات في عدد من الدول العربية حيث يشير إلى وجود اتجاه متزايد في المغرب ولبنان ووثبات في سوريا واتجاه نحو الانخفاض في كل من ليبيا والجزائر واليمن من واقع بيانات مسوحات المشروع العربي للنهوض بالطفولة والمشروع العربي لصحة الأسرة، كما يوضح الشكل رقم (8) تطور هذه النسب حسب النوع.

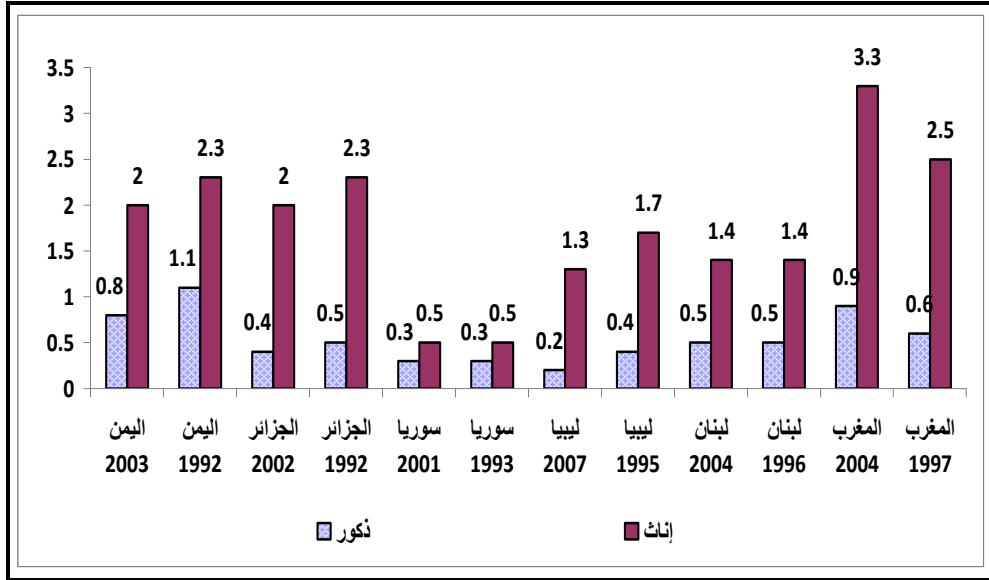
شكل (7)

اتجاهات نسب الطلاق في بعض الدول العربية (1992 - 2007) من واقع بيانات مسحي صحة الأم والطفل وصحة الأسرة.



المصدر: - مسوحات المشروع العربي للنهوض بالطفولة - مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة.

شكل (8)
اتجاهات نسب الطلاق حسب النوع في بعض الدول العربية (1992 - 2007)



المصدر: - مسوحات المشروع العربي للنهوض بالطفولة - مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة.

وتجدر الإشارة إلى أنه ينبغي الأخذ في الاعتبار صغر الحجم النسبي لمقدار الزيادة أو النقص في نسب الطلاق عند تفسير هذه التباينات.

5.3 العوامل المؤثرة على انتشار الطلاق

أوضحت الدراسات السابقة أن التحضر ومساهمة المرأة في الأنشطة الاقتصادية وارتفاع مستواها التعليمي سوف يؤدي إلى اتجاه نسب الطلاق نحو الارتفاع وخاصة في السنوات الأولى من الزواج (سمية السعدني، 2006).

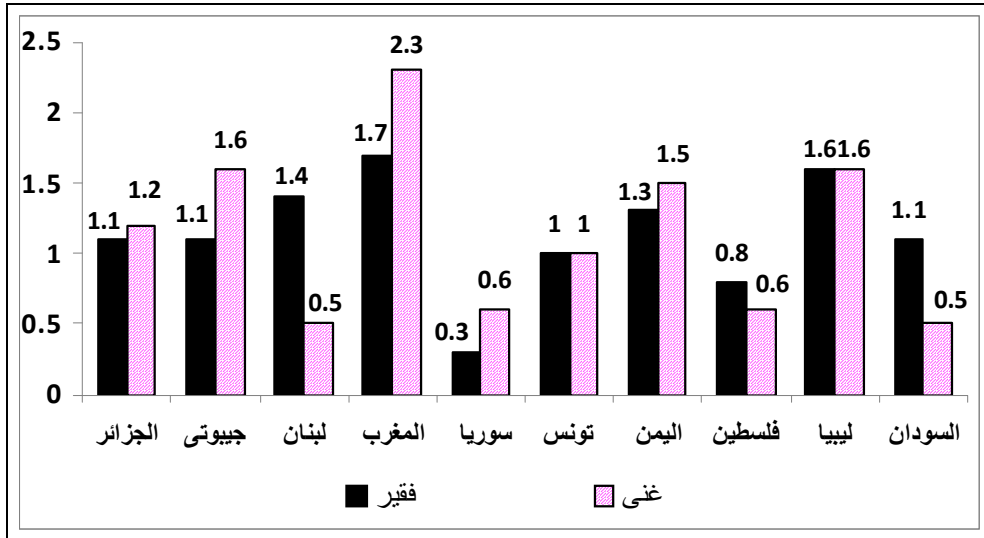
كما أوضحت دراسة مركز ابن إدريس في تقريره الفقهي عام 2008 أن تغيير بنية الأسرة من أسرة ممتدة إلى أسرة نووية يؤدي إلى ارتفاع نسب الطلاق حيث أن الأسرة الممتدة تشكل نوعاً من الحماية للأبناء، كما أن اختيار الزوجة عن

طريق الأسرة يعتبر أفضل من الاختيار الفردي، وأيضاً التحاق المرأة بسوق العمل وما يترتب عليه من إحساسها بالاستقلالية يزيد من احتمالات الطلاق. وأشار التقرير إلى عدم التكافؤ بين الزوجين في العمر والجنسية يعتبر من العوامل المؤدية إلى الطلاق (مركز ابن إدريس 2008).

وقد أشارت كذلك الدراسات التي أجراها المشروع العربي لصحة الأسرة خلال العقد الماضي إلى أن المستوى الاقتصادي للأسرة ذو تأثير واضح على انتشار ظاهرة الطلاق في المجتمع حيث تلاحظ ارتفاع نسب الطلاق بين الفقراء في كل من الجزائر وجيبوتي والمغرب واليمن مقارنة بالأغنياء وبالعكس الحال في كل من لبنان وفلسطين والسودان، بينما لا يوجد فرق في نسب الطلاق بين الأغنياء والفقراء في كل من ليبيا وتونس كما في الشكل (9).

شكل (9)

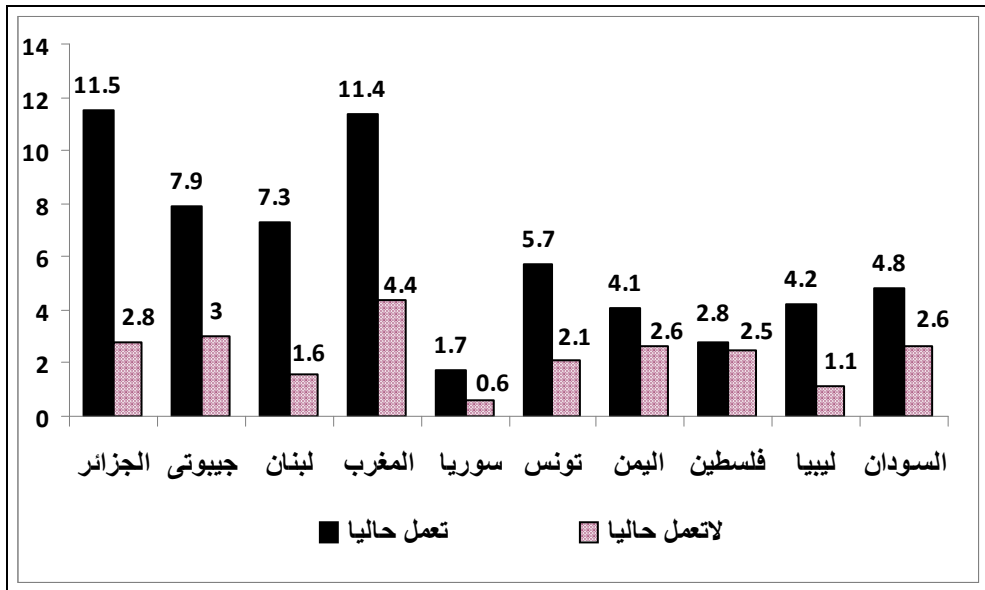
نسبة السكان (15 سنة فأكثر) المطلقين حسب مؤشر الرفاه في بعض الدول العربية (2007-2001)



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

وحول تأثير الحالة العملية، يوضح الشكل (10) أن العاملات أكثر عرضة للطلاق من غير العاملات، غير أنه هناك تفاوتاً واضحاً في الدول وكذلك في الفجوات بين العاملات وغير العاملات من دولة لأخرى حيث بلغت أقصاها في الجزائر وأدناها في فلسطين.

شكل (10)
نسبة السيدات⁽²⁾ في عمر (15-49) سنة المطلقات حسب الحالة العملية في بعض الدول العربية (2001-2007)



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

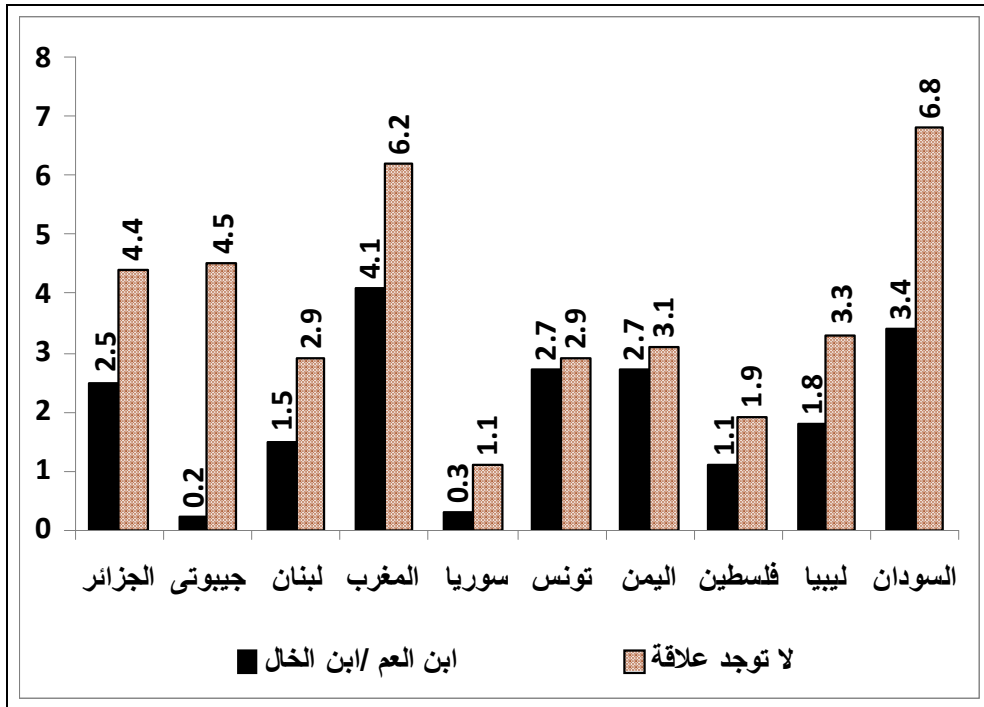
وأما بالنسبة لمستويات الطلاق حسب درجة القرابة بين الزوجين، قد أشارت الدراسات إلى انخفاض مستوى الطلاق بين الأقارب مقارنة بمثيله من غير

² من بين اللاتي سبق لهن الزواج

الأقارب، كما في الشكل (11) والذي يشير كذلك إلى وجود تفاوت داخل كل دولة إضافة إلى التفاوتات بين الدول موضع الدراسة.

شكل (11)

نسبة السيدات السابق لهن الزواج في عمر (15 - 49) سنة المطلقات حسب صلة القرابة التي كانت تربطهم بطليقهن في بعض الدول العربية (2001 - 2007)

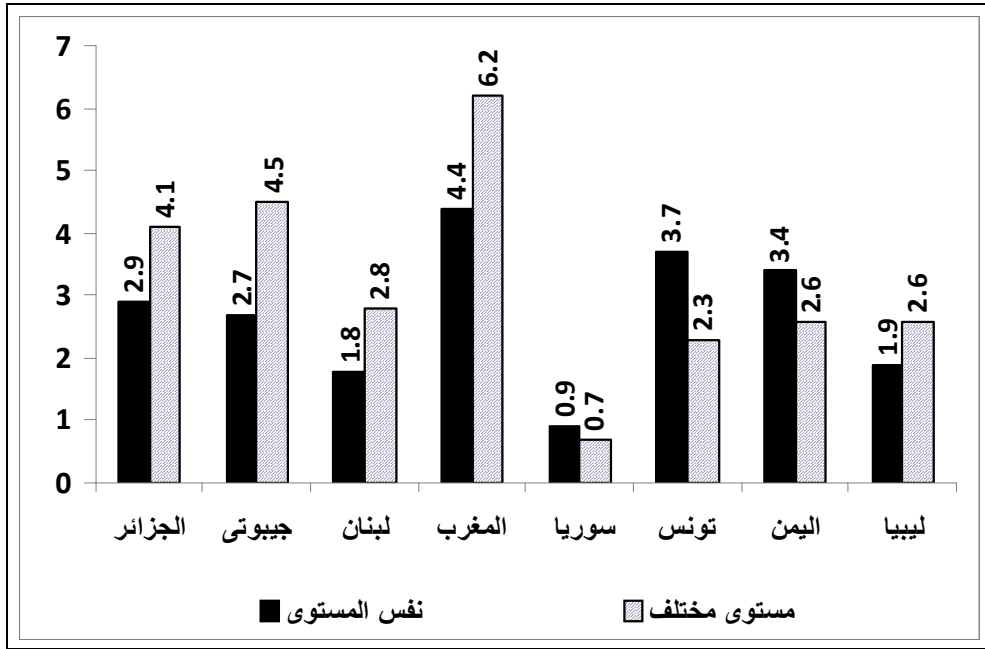


المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

ويشير الشكل (12) إلى أنه كلما اختلف المستوى التعليمي للزوجين كلما زادت احتمالات الطلاق في كل من الجزائر وجيبوتي ولبنان والمغرب وليبيا بينما تنخفض هذه الاحتمالات في كل من اليمن وتونس وسوريا.

شكل (12)

نسبة السيدات السابق لهن الزواج في عمر (15 - 49) سنة المطلقات حسب الفارق في المستوى التعليمي بينهن وبين طليقهن في بعض الدول العربية (2001 - 2007)



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

IV- آثار الطلاق

يترك الطلاق آثاراً واضحة على كل من المطلق والمطلقة وأطفالهم إن وجدوا، علاوة على المجتمع ككل. وفيما يلي عرضاً لأهم هذه الآثار على:

❖ المطلقة

تتعرض المطلقة لضغط نفسي نتيجة الموروثات الثقافية والاجتماعية السائدة في المجتمعات الشرقية من ضرورة خضوعها لمراقبة اجتماعية ظالمة وبخاصة من الأقارب والوالدين، وتلاحقها الاتهامات واللوم بفشل العلاقة الزوجية، كما

يعزف الكثير من الشباب عن الزواج من المطلقات مما يصعب من زواج المطلقة ثانية. وقد تصبح العائل الوحيد لأطفالها إذا حدثت مشكلات وامتنع الأب عن دفع نفقات تربيتهم وربما تعاني من مشكلة متعلقة بالسكن.

❖ المطلق

يعاني المطلق كذلك من مشكلات نفسية واجتماعية ويصاب بالصدمة نتيجة شعوره بالمسؤولية وعدم السماح له برؤية أولاده في بعض الحالات.

❖ الأطفال

غالباً ما يكونون الأكثر تضرراً من الطلاق وانهيار العلاقة بين الوالدين ويؤثر ذلك سلباً على تنشئتهم النفسية والاجتماعية وبناء شخصياتهم السوية وشعورهم بالأمان إضافة إلى افتقادهم المثل الأعلى وتعرضهم للأذى في حالة العيش مع أحد الوالدين المتزوج من طرف ثان.

❖ المجتمع

يساعد الطلاق على ظهور جيل حاقد على المجتمع وناقم عليه بسبب فقدان الرعاية اللازمة وتزايد أعداد المشردين وانتشار عدد من الظواهر السيئة مثل أطفال الشوارع وعمالة الأطفال وزعزعة الأمن والاستقرار الناجم عن التفكك الأسري وعدم احترام القيم الاجتماعية والتقييد بها.

V- بعض الممارسات الفضلى للحد من الآثار السلبية للطلاق

تناولت العديد من الدراسات تحليل استقرار الزواج والآثار السلبية للطلاق والحد من انتشاره في عدة دول عربية واستعرضت الممارسات الفضلى والأساليب العملية لمواجهتها والتي تباينت وتنوعت من دولة لأخرى طبقاً للمستوى الاقتصادي والموروثات الثقافية والاجتماعية في كل منها. وقد غطت هذه الدراسات دول كثيرة

منها مصر والكويت والسعودية وقطر والإمارات والأردن وفلسطين والمغرب وموريتانيا. ونقدم في هذا الجزء من الدراسة عرضاً لأهم هذه الممارسات:

أ- قامت بعض الدول بإنشاء مكاتب التوجيه والإرشاد الأسري على المستوى الحكومي حيث تقوم إدارة رعاية الأسرة والطفولة بالوزارات أو الهيئات أو المجالس المعنية بإنشاء هذه المكاتب وتوفير الموارد المالية والبشرية اللازمة وتنتشر هذه المكاتب في العديد من الدول العربية (مصر، البحرين، سوريا، الإمارات، الأردن...)، وتقوم بالمهام التالية:

- معاونة هيكل وزارة العدل الخاصة بالأحوال الشخصية في بحث أسباب الخلافات والمشكلات الزوجية ومحاولة التوفيق بين الزوجين.
- وضع السياسات والبرامج الخاصة بالإرشاد الأسري والتوعية والتنسيق بين وسائل الإعلام المختلفة للمشاركة في تنفيذها.
- إعداد وتنفيذ برامج تدريبية لبعض الكوادر لتوجيه الأسر التي تعاني من التفكك وإرشادها للحلول المناسبة بما في ذلك تدريب القضاة وتأهيلهم لتعزيز قدراتهم في حل المشكلات الأسرية وتوجيه الأسر لمصادر الخدمات المختلفة في المجتمع للانتفاع بخدماتها والاستفادة منها في حل مشكلاتها مثل مشاريع الأسر المنتجة ورعاية الأطفال، مما يؤدي إلى الحفاظ على استقرار الأسرة والحد من احتمالات حدوث الطلاق.

❖ وقد يتم إلحاق هذه المكاتب بالمحاكم الشرعية كما هو الحال في غزة أو بمحاكم الأسرة كما هو الحال في مصر والتي أنشئ بها أكثر من 180 مكتباً موزعة على مختلف المحافظات وقد استفاد منها أكثر من 20 ألف حالة.

❖ وفي البحرين يقوم قسم الإرشاد الأسري بوزارة التنمية الاجتماعية بتقديم خدمات التوجيه والإرشاد من خلال مكاتبه المنتشرة في جميع مراكز التنمية الاجتماعية، ويقوم بتزويد هذه المكاتب بالتجهيزات والاختصاصيين.

❖ كما تبنى المجلس الوطني لشؤون الأسرة في الأردن إنشاء مكاتب إرشاد أسري داخل الحدائق العامة وتزويدها بالكوادر البشرية المؤهلة والمتخصصة في المجالات النفسية والاجتماعية والقضاء الشرعي والقانوني والإداري والإرشاد الأسري. ويتكون المكتب من غرفة عيادة ومكتب سكرتارية وقاعة للأطفال ومكتب للتسجيل وقد أعد المجلس كذلك دليلاً للإرشاد الأسري ليكون المرجع الرئيسي للعاملين في هذه المكاتب.

ب- قامت الكثير من الدول بإنشاء محاكم خاصة بالأسرة لسرعة الفصل في القضايا ومواجهة التأخر في نظرها أمام المحاكم الشرعية كما يحدث في مصر والمغرب وغيرها من الدول.

ج- تم إنشاء مكاتب لتسوية النزاعات والمشكلات الأسرية والتي غالباً ما تلحق بمحاكم الأسرة وتضم عدد من ذوي الاختصاصات المختلفة من أخصائيين اجتماعيين ونفسيين لمحاولة التسوية ودياً قبل العرض على المحاكم.

وقد أشارت التقارير الخاصة بهذا الشأن أن مكاتب تسوية المنازعات الأسرية نجحت في إنهاء حوالي 75% من المنازعات بالصلح والتفاوض المباشر بين طرفي النزاع وبلغت نسبة النجاح في الحالات التي تم فيها التفاوض مع الموكلين من طرفي النزاع حوالي 30%.

د- تأسيس صناديق للنفقة وتوفير الموارد المالية والهياكل البشرية اللازمة وذلك لدفع النفقات المالية للنساء المطلقات وأطفالهن خلال فترات التقاضي

لتوفير متطلباتهم المالية، وقد تأسس هذا الصندوق في عدد من الدول العربية منها تونس والمغرب وسوريا حيث يقوم بنك ناصر الاجتماعي في مصر بهذا الدور.

❖ كما يتولى صندوق التكافل العائلي في المغرب وصندوق ضمان النفقة ومعاش الطلاق في تونس وذلك بهدف تمكين المطلقات من الحصول على مستحقاتهن شهرياً، ويعطي صندوق النفقة ومعاش الطلاق في تونس أولوية للفئات الأفقر والأضعف ويستخدم خدمات الصندوق القومي للضمان الاجتماعي المنتشرة في أنحاء البلاد وتساعد هذه الآلية في تقليل العبء الوظيفي لصندوق النفقة لاعتماده على موظفي صندوق الضمان مما يوفر تكلفة القوى البشرية ويعزز موارده المالية.

هـ- تعمل الجمعيات الأهلية ومؤسسات المجتمع المدني في بعض الدول العربية جنباً إلى جنب مع المؤسسات والجهات الحكومية في مواجهة الآثار السلبية للطلاق والحد من انتشاره سواء من حيث الدور الوقائي عن طريق الإرشاد والتوعية أو من حيث مواجهة المشكلات المترتبة على الطلاق من تأهيل للمطلقات أو توفير النفقات المالية وغيرها.

وهناك العديد من الجمعيات الأهلية نذكر منها على سبيل المثال:

❖ مركز واعي للاستشارات الاجتماعية بالمملكة العربية السعودية وتتنحصر مهام المركز في 3 مسارات أساسية هي:

- **المسار الوقائي:** الهدف من هذا المسار وقاية الأسرة من التفكك والقضاء على بؤر الخلاف التي تنشأ داخل كيان الأسرة من خلال توعية أعضاء الأسرة بالحقوق والواجبات والسعي لإعانة أفراد الأسرة

على مواجهة المشكلات قبل وقوعها من خلال بناء علاقات تتسم بالمحبة والاحترام المتبادل ومعرفة كل عضو من أعضاء الأسرة بما له وما عليه من حقوق وواجبات.

– **المسار العلاجي:** مساعدة الأسرة ومعالجة المشكلات والخلافات الناشئة بين أفرادها والتي قد تهدد كيانها وتماسكها، وتقديم الحلول والمقترحات التي من شأنها ديمومة العلاقات من خلال إشاعة روح الحوار وتقبل النقد والرأي الآخر داخل الأسرة وتنمية ثقافة حل المشكلات بين أفرادها.

– **المسار النمائي:** والهدف منه توجيه أعضاء الأسرة إلى تطوير ذاتهم واستثمار قدراتهم بما يكفل لهم حماية سياج مجتمعهم الصغير (الأسرة) خاصة في مجال العلاقات الإنسانية ويسموا في بناء المجتمع واستقراره.

و- تنظيم الحملات الإعلامية: يمكن أن تلعب الحملات الإعلامية دوراً أساسياً في الحد من انتشار الطلاق وآثاره السلبية، حيث تعتبر من أهم الإجراءات الوقائية التي قد تمنع الطلاق قبل وقوعه.

❖ ومن التجارب الرائدة في هذا المجال؛ الحملة الإعلامية التي قام بها صندوق الزواج بدولة الإمارات خلال الفترة 1/1-2010/6/30 تحت عنوان "الاختيار الصائب: حياة أسرية سعيدة".

وقد حددت أهداف الحملة على النحو التالي:

- تنمية وعي الشباب الإماراتي بأهمية اختيار الزوجة الملائمة والتي على قدر كبير من المسؤولية والوعي.
- نشر الوعي بأهمية الاختيار الصائب وأثره على التركيبة السكانية والتكوين الاجتماعي.

- حسن الاختيار بمفهومه الشامل من اختيار للزوجة والمسكن والوظيفة وحتى اختيار أسماء الأبناء هو ضمان لحياة أسرية مستقرة.
- وتستهدف الحملة جميع الشباب المقبلين على الزواج من جميع الأعمار والفئات وخاصة الشباب في قطاع التعليم.

واعتمدت الحملة على الوسائل التالية:

- التلفزيون.
- الإذاعة.
- الصحافة.
- الإعلانات.
- المنتديات الحوارية.
- الرسائل النصية.

وفيما يلي عرض لأهم الأنشطة والفاعليات التي تضمنتها الحملة:

- تقديم أكثر من حلقة نقاشية في كل من القنوات التلفزيونية (تلفزيون أبو ظبي - دبي - أبو ظبي - سما دبي - الشارقة).
- تقديم عدد من الحلقات الإذاعية في إذاعات الدولة المختلفة.
- إذاعة إعلانات إذاعية في الإذاعات.
- الإعلانات الخارجية في عدد (420) بناية سكنية وحكومية موزعة على إمارات الدولة وهي عبارة عن إعلانات تلفزيونية موجهة.
- نشر إعلانات أسبوعية في كل جريدة أسبوعية طوال مدة الحملة وتقسّم حسب إمارات الدولة.
- التواصل مع المجالات الاجتماعية لنشر مواضيع من ضمن الحملة الإعلامية.
- إقامة منتديات حوارية في بعض الإمارات.

ز- ومن الممارسات الفضلى أيضاً، القيام بحفلات الزفاف الجماعي والتي تؤدي إلى التخفيف على الشباب من أعباء الزواج وبالتالي بداية حياتهم الزوجية بدون ديون ومشكلات اقتصادية تزيد من احتمالات وجود نزاعات وخلافات قد تؤدي إلى الطلاق.

VI- التوصيات

بعد عرض أهم الممارسات الفضلى للحد من الآثار السلبية للطلاق، يمكن التوصية كما يلي كمجموعة من التوصيات المكتملة لما يمكن استخلاصه من نتائج الممارسات السابقة:

- ❖ ضرورة التريث في اختيار الشريك وعدم التسرع وأنه يجب مراعاة التقارب العمري والفكري والتجانس الثقافي والتركيز على القواسم المشتركة وتغليب العقل وتجنب أي نوع من أنواع الإكراه.
- ❖ نظراً لأن الزواج ارتباط بين أسرتين قبل أن يكون ارتباط بين فردين، لذا يجب على الأسرتين احترام خصوصية الزوجين وعدم التدخل الواضح في شؤون حياتهما.
- ❖ ضرورة الاعتماد على الذات والحياة مستقلاً عن كلا من الأسرتين حتى لا تتأثر حياة الزوجين بتدخلات الأهل وسيطرتهم.
- ❖ التوعية والتثقيف للشباب المقبل على الزواج من الجنسين خاصة بعدما تبين أن معظم حالات الطلاق تقع في السنوات الأولى من الزواج مما يدل على ضرورة توعية المقبلين على الزواج وإعطائهم المهارات الأساسية التي تؤهلهم لمواجهة وتجنب المشكلات التي تهدد حياتهم الزوجية وتؤدي إلى انفصالهم.

- ❖ توفير مسكن مستقل للمتزوجين حديثاً من قبل الحكومة لتلافي المشكلات والمنازعات التي يؤدي إليها المسكن المشترك والتي قد يكون الطلاق من أحد نتائجها.
- ❖ ضرورة التعاون والتنسيق بين الجهات المختلفة العاملة في المجال تجنباً للازدواجية والتكرار وترشيد استخدام الموارد وتعظيم العائد منها.
- ❖ ضرورة القيام بإعداد البحوث والدراسات التحليلية لتقييم أثر الممارسات والجهود المبذولة للحد من آثار الطلاق أو تحديد دورها بالدقة المطلوبة.
- ❖ نظراً لاتجاه نسب الطلاق نحو الارتفاع ونتيجة لما تعانيه المطلقات من ضغوط نفسية واجتماعية، فإنه يجب إعداد برامج تأهيل نفسية واجتماعية تعيد للمطلقة توازنها النفسي والتخفيف من معاناتها وأن تقدم لها المشورة اللازمة.
- ❖ ضرورة تزويد مراكز الرعاية الصحية الأولية بأخصائية اجتماعية ونفسية تقوم بالتوعية والإرشاد للمقبلين على الزواج والراغبين في الطلاق من المترددين على هذه المراكز.
- ❖ تشجيع المؤسسات الحكومية والأهلية على المشاركة في هذه البرامج ومساعدة المطلقة وتمكينها من رؤية أطفالها ومتابعة حالتهم الدراسية وزيارتهم.
- ❖ التأكيد على أهمية الأسرة ووظائفها في المقررات الدراسية في مختلف مراحل التعليم.
- ❖ تحفيز الدول من خلال الهياكل الإقليمية (جامعة الدول العربية، ومنظمة المرأة العربية ... الخ) على وضع سياسات واستراتيجيات وبرامج متكاملة ذات أهداف كمية ونوعية تتلاءم مع الحاجات الحقيقية والمتزايدة للأسرة العربية تكون قابلة للتنفيذ بمستويات عالية في الآجال القصيرة والمتوسطة.

- ❖ إدماج الخطط والبرامج الموجهة للأسرة ضمن الخطط التنموية الشاملة والتعامل مع قضايا الأسرة على أساس أنها قضايا تنموية واقتصادية واجتماعية وثقافية.
- ❖ العمل على تضيق الفجوات بين الأسر الحضرية والريفية ووضع الخطط والبرامج التنموية للمناطق الريفية والفقيرة.

- المراجع

- المراجع العربية

- أحمد عبد المنعم وآخرون (2009) "الأوضاع الاقتصادية والصحية لأفراد الأسرة العربية بين الواقع والتحديات" المشروع العربي لصحة الأسرة - القاهرة.
- أيمن الشبول (2010) "المتغيرات الاجتماعية والثقافية لظاهرة الطلاق: دراسة انثروبولوجية في بلدة الطرة" مجلة جامعة دمشق المجلد 26 عددي 3،4: 647-705.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (2010) مصر في أرقام - القاهرة.
- المشروع العربي للنهوض بالطفولة (1998)، المؤشرات الرئيسية لنتائج مسوحات صحة الأم والطفل في بعض الدول العربية، جامعة الدول العربية، القاهرة.
- سعيد عبد الملك أبو الجبين (2008)، "التوجيه الأسري في المحاكم الشرعية" - الجامعة الإسلامية في غزة.
- سمية السعدني (2006) "استقرار الزواج في الوطن العربي" وثائق المؤتمر العربي لصحة الأسرة، المجلد الثاني - القاهرة.
- مركز ابن إدريس (2008)، التقرير الفقهي، العددان السادس والسابع.

- مواقع انترنت:

- www.alwaqt.com
- www.amanjordan.org
- www.arb3.maktoob.com
- www.ar.ammannet.net
- www.barasy.com
- www.furat-alwehda.com
- www.iugaza.edu.ps/ara/research
- www.jassour.ma
- www.moj.gov.kw
- www.sis.gov.eg
- www.syria-mews.com
- www.waaiy.org.sa
- www.womengateway.com
- www.tashreaat.com
- www.zawaj.ae

الشباب والتثقيف الصحي في قضايا الصحة الإيجابية، وإعدادهم للدور الإيجابي في المنطقة العربية

دراسة مقارنة

آسيا شريف¹

I- مقدمة

تعتبر عملية تثقيف الشباب في الصحة الإيجابية والجنسية، بما في ذلك تنظيم الأسرة والإعداد للدور الإيجابي، موضوعاً ذو أهمية خاصة، فالشباب يشكلون فئة أساسية وفي غاية الأهمية لقيام الشعوب وتقدمها، فهو عماد الأمة ومستقبلها المشرق الذي ينير للمجتمع مستقبلاً، والاستثمار في إعداد هؤلاء الشباب هو الاستثمار الحقيقي، فإذا تم استثمارهم بشكل جيد وسديد وتوجيههم التوجيه السليم، كانت لهم المساهمة الأساسية في تحقيق عملية التنمية، إذ يمثلون ربع السكان في العالم، وهم في سن الزواج والإنجاب، فيجب الأخذ في عين الاعتبار مكانتهم وخصائصهم ومتطلباتهم التعليمية والمعرفية، ولديهم سلوكياتهم الاجتماعية والصحية وحياتهم الأسرية، لذا يجب العمل على حمايتهم من الجهل والمفاهيم الخاطئة.

ونظراً للأهمية القصوى التي توليها الظاهرة الشبابية، التي أصبحت تحتل صدارة اهتمامات الدول التي تسعى جاهدة إلى تعزيز حقوق الشباب، من أجل السعي إلى زيادة حصولهم على المعلومات والتوعية والخدمات المناسبة، وبالتالي حق بلوغ أعلى مستوى من الصحة الإيجابية والجنسية، كونها جزء لا يتجزأ من حقوق الإنسان المعترف بها في القوانين الوضعية والمواثيق الدولية لحقوق الإنسان، وتقوم الأمانة العامة لجامعة الدول العربية، قطاع الشؤون الاجتماعية، بتنفيذ المشروع العربي لصحة الأسرة منذ عام 1999 من خلال إجراء المسوح الوطنية

¹ أستاذة محاضرة في المدرسة الوطنية العليا للإحصاء والاقتصاد التطبيقي، الجزائر.

لصحة الأسرة والصحة الإيجابية واتجاهات الشباب، ووضع مكانة المرأة العربية وغيرها من البيانات التفصيلية، وقد اهتم المشروع بتوفير بيانات حول آراء واتجاهات وسلوكيات الشباب، من خلال تخصيص استبيان لفئة الشباب في الدول التي تم فيها تنفيذ المسح، وهي: تونس، سوريا، الجزائر، جيبوتي، المغرب، لبنان، ليبيا، فلسطين والعراق.

تهتم هذه الدراسة بالشباب وقضايا الصحة الإيجابية والجنسية، بما فيها تنظيم الأسرة وإعداد الفتيان والفتيات للدور الإيجابي، فالتثقيف الصحي في هذا المجال والتعريف بالممارسات والسلوكيات الصحية السليمة تختلف والنوع الاجتماعي، من بلد لآخر، فأوجه هذا الاختلاف والتفاوت بين الجنسين يستدعي الانتباه والتوقف من أجل التعمق أكثر، ومعرفة قضايا هذا التفاوت من الجانب المعرفي والسلوكي. ونحاول من خلال ذلك، طرح مجموعة من التساؤلات التالية:

1. ما هي أهم معارف واتجاهات الشباب تجاه الصحة الإيجابية والجنسية؟
2. ما هي أهم الاستفسارات والأسئلة التي تشغل بال الشباب في تلك القضايا؟
3. لماذا هناك تفاوت في المعرفة تجاه الصحة الإيجابية والإعداد للدور الإيجابي والنوع الاجتماعي في أوساط الشباب العربي؟
4. أين هو دور المؤسسات الاجتماعية، بما فيها الأسرة في فترة بلورة شخصية الشباب (ذكورا وإناثا) وإعدادهم لأدوارهم الإيجابية كأباء وأمّهات الغد؟ وكذا أدوارهم الاجتماعية كنساء ورجال الغد.

ويتم الإجابة على الأسئلة من واقع أهم نتائج مسح صحة الأسرة في البلدان العربية التي شملها المسح، ونتائج الدراسة الكيفية التي قام بها مركز المرأة العربية للتدريب والبحوث كوثر، والاستعانة أيضا بالدراسة الكيفية التي تمت في إطار مشروع اللجنة الوطنية لتقييم مشاريع البحوث الجامعية CNEPRU. ويتم في هذه

الدراسة إبراز الأهداف والمفاهيم الأساسية للبحث، ثم مصادر البيانات، الخصائص العامة للشباب في الدول العربية محل الدراسة، معرفة الشباب (ذكورا وإناثا) والصحة الإيجابية بما فيها تصريحات الشباب حول المعرفة بعلامات البلوغ، السن المناسب للزواج، المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة ومصدر المعرفة، وكذا الأمراض المنقولة جنسيا بما فيها السيدا، كما نحاول إبراز دور الأسرة في تنشئة الشباب.

II- أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى:

1. معرفة الفجوة النوعية بين الذكور والإناث في مجال المعرفة والاتجاهات نحو قضايا الصحة الإيجابية والإعداد للدور الإيجابي في الدول محل الدراسة وهي تونس، المغرب، سوريا، الجزائر، جيبوتي، لبنان وليبيا، فلسطين والعراق.
2. رصد أهم المشاكل واحتياجات الشباب العربي ذكورا وإناثا في قضايا الصحة الإيجابية والإعداد للدور الإيجابي، بهدف وضع سياسات وبرامج وهيكل ملائمة لها.
3. إبراز المجالات التي مازالت في حاجة إلى جهود إضافية من أجل تحقيق المزيد على صعيد تطوير أوضاع الشباب والصحة الإيجابية والجنسية.

III- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة

يعد تحديد المفاهيم من أهم الخطوات المنهجية المتبعة في تصميم البحوث، وعليه فإن الضرورة المنهجية تقتضي أن نحدد المفاهيم الآتية:

3-1 الصحة الإيجابية

عرف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد بالقاهرة عام 1994 الصحة الإيجابية على أنها حالة رفاه كاملة بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة (المنظمة الدولية لرعاية الأسرة، 1996)، ولذلك تعني الصحة الإيجابية:

- ضمان الأمومة الآمنة.
- توفير خدمات وسائل تنظيم الأسرة.
- رعاية صحة الأمومة وتوفير الرعاية للرضيع والطفل.
- الحماية ومعالجة الأمراض المنقولة جنسيا بما فيها السيدا.
- التثقيف الصحي والتعريف بالممارسات والسلوكيات الصحية السليمة.

والتعريف الإجرائي الذي نحن بصدد استخدامه في ثنايا هذه الدراسة هو معرفة اتجاهات ومعارف وسلوكيات الشباب العربي كونهم آباء وأمهات الغد تجاه قضايا الصحة الإنجابية بما فيها رصد المعرفة والاتجاهات حول نمو أجسامهم، مكونات الجهاز التناسلي للرجل والمرأة، كيفية حدوث الحمل ومراحله، تنظيم الأسرة، الأمراض المنقولة جنسيا. وربط تلك القضايا بالتثقيف الصحي والتعريف بالممارسات والسلوكيات الصحية السليمة تجاهها في أوساط الشباب العربي.

3-2 الشباب

لقد اختلف تحديد الفئة العمرية للشباب، وهذا راجع إلى الالتزام بالتعريفات القانونية للطفولة التي عرفتتها منظمة الأمم المتحد للطفولة، بأنها الفترة منذ اليوم الأول للحياة وحتى إتمام الثامنة عشرة، واعتبرت ما بعدها ينتمي إلى الشباب، حيث تبدأ مرحلة الشباب من هذا السن وحتى دون الثلاثين من العمر. ويرجع سبب هذا التمديد إلى بروز ظاهرة تأخر سن العمل والزواج في البلدان العربية.

وفي هذا الصدد، عرف عبد الباسط عبد المعطي في تحديده لمفهوم الشباب بأنه "مرحلة عمرية وحالة نفسية اجتماعية ثقافية، وجيل اجتماعي في مرحلة تشكل، يعاني تشكله من تعدد القيم والمعايير وازدواجيتها، وتعدد الحاجات والرغبات والطموحات، وتتنوع أساليب تحقيقها وتناقصها وتراوحها بين الممكن والمستحيل نسبيا، في الأفق الزمني الأقرب، هذا في الوقت الذي يميل فيه إلى التمرد والسعي إلى إثبات الذات". (عبير، 2006).

فيما يخص الحدود الزمنية التي اعتمدت عليها الدراسة في ضوء نتائج مسح الشباب من كلا الجنسين في الفئة العمرية 15-24 سنة وهي الحدود الزمنية المعتمدة من طرف الأمم المتحدة، والهيئات، باستثناء تونس التي اهتمت بفئة المراهقين والشباب والصحة الإيجابية التي غطت الفئة العمرية 18-29 سنة، والجزائر 15-29 سنة، والعراق 10-30 سنة من العمر.

3-3 النوع الاجتماعي

يعتبر مفهوم النوع الاجتماعي من المفاهيم الأساسية في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، حيث يعرف النوع الاجتماعي بأنه "تلك الأدوار الاجتماعية للنساء والرجال والتي تختلف من مجتمع لآخر حسب القيم الثقافية والاجتماعية السائدة في المجتمع، وهي من صنع الإنسان ولا يولد بها، وبالتالي يمكن تغييرها مع الزمن مثل : العناية بالأطفال (دور نسائي ويمكن أن يقوم به الرجل إذا كان يستطيع ويريد)" (مخلوف، 2006)، والتعريف الإجرائي الذي نحن بصدد استخدامه هو الفروق والتباينات بين الذكور والإناث في مجال المعرفة حول قضايا الصحة الإيجابية والجنسية بمعنى تحديد الاختلاف المعرفي والسلوكي على أساس الجنس البيولوجي، وتكتسب عادة من خلال التنشئة الاجتماعية والثقافية السائدة والتعليم.

3-4 التربية الصحية أو التثقيف الصحي

تعد التربية الصحية من المفاهيم الأساسية، ومن أهم مجالات الصحة العامة الحديثة، حيث عرفت منظمة الصحة العالمية مفهوم التربية الصحية أو التثقيف الصحي كالاتي : "التربية الصحية تمثل كل فعل يهدف إلى تغيير سلوكيات الأفراد، واكتساب عادات سليمة، كذا الحفاظ عليها، فضلا عن الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة، وتجعلهم قادرين فرديا وجماعيا على تحسين الحالة الصحية والوسط الذي يعيشون فيه"، (Manciaux et Deschamps, 1978).

وما نقصده بالتربية الصحية في ثنايا هذه الدراسة، هو اكتساب الشباب ذكورا وإناثا معلومات ومعرفة صحية سليمة تظهر من خلال السلوك الصحي تجاه الصحة الإيجابية والجنسية والإعداد للدور الإنجابي، بما فيها المعرفة بفترة البلوغ وكل التغيرات الفيزيولوجية والجسدية والنفسية المصاحبة لمرحلة المراهقة للشباب والشابات، المعرفة السليمة بأجزاء الجهاز التناسلي الأنثوي والذكوري كيفية حدوث الحمل، المعرفة بأنواع وسائل تنظيم الأسرة المعرفة بالأمراض المنقولة جنسيا كالسيدا والسيلان والزهري وغيرها من الأمراض والممارسات الجنسية، وبالتالي فالتربية الصحية هي عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة في أوساط الشباب إلى أنماط سلوكية صحية وذلك باستعمال الأساليب التربوية الحديثة.

IV- مصادر البيانات

تعتمد الدراسة على نتائج كل من:

- مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في بعض الدول العربية والتي تنفذها جامعة الدول العربية بالتعاون مع عدد من الجهات العربية والدولية بهدف توفير البيانات الاقتصادية والاجتماعية والصحية والبيئية اللازمة لإنشاء قاعدة بيانات إقليمية، وتعزيز قواعد البيانات الوطنية ومدتها بالمعلومات التفصيلية حول صحة أفراد الأسرة العربية لمساعدة المخططين ومديري البرامج في رسم السياسات الصحية والتنمية.

وقام المشروع العربي لصحة الأسرة بتنفيذ مسح قطرية حول الشباب في كل من الدول التالية:

- تونس سنة 2001 للفئة العمرية 18-29 سنة.
- سوريا سنة 2001 للفئة العمرية 15-24 سنة.
- الجزائر سنة 2002 للفئة العمرية 15-29 سنة.
- جيبوتي سنة 2002 للفئة العمرية 15-24 سنة.

- لبنان سنة 2004 للفئة العمرية 15-24 سنة.
- ليبيا سنة 2007 للفئة العمرية . 15-24 سنة.
- فلسطين سنة 2007 للفئة العمرية. (15-29)
- المغرب سنة (2003-2004) ومسح الشباب (2006-2007) الفئة العمرية (15-24).
- العراق (2009) للفئة العمرية 10-30 سنة.

(تجدد الإشارة إلى أنه باستثناء العراق فإن كل المسوحات الأخرى كانت حول الشباب غير المتزوجين).

- دراسة كيفية تحت عنوان "الفتاة العربية المراهقة، الواقع والآفاق" تم تنفيذها من طرف مركز المرأة العربية للتدريب والبحوث كوثر.
- دراسة كيفية تحت عنوان: "الشباب وقضايا الصحة الإيجابية حالة الجزائر" في إطار مشروع (CNEPRU) الجزائر.

V- الخصائص العامة للشباب

إن تخصيص المشروع العربي لصحة الأسرة قسما خاصا للشباب ما هو إلا دليل على الاهتمام المتزايد بقضايا الشباب في المنطقة العربية، حيث تضمنت استثمارات المشروع استمارة اختيارية خاصة بالشباب والمراهقين في أكثر من دولة عربية التي شملها المسح وهي تونس (2001)، سوريا (2001)، جيبوتي (2002)، الجزائر (2002)، المغرب (2003-2004) وأيضا (2007)، لبنان (2004)، ليبيا (2007)، فلسطين (2007) ومؤخرا العراق (2009).

وقد جمعت البيانات من عينات من الشباب غير المتزوجين من كلا الجنسين، والمقيمين مع أسرهم وقت المسح.

تبرز نتائج المسوحات أن نسبة الأمية مرتفعة في الدول محل الدراسة عند فئة الإناث أكثر من الذكور، أكبر نسبة في جيبوتي بحوالي 33.5%، وأصغرها في لبنان بحوالي 3.9%، كما تبين أن نسبة الشباب في الفئة العمرية 15-24 سنة الملتحقين حالياً بالمدارس مرتفعة في لبنان 66.3% بتفاوت يقدر بحوالي 17 نقطة ما بين الإناث (74.8%) والذكور (58.2%)، تنخفض نسبة التحاق الشباب الجزائري ما بين 15-29 سنة من العمر بالمدرسة والتي تقدر بحوالي 28.4%، ترتفع النسبة عند الإناث بحوالي 32.9% مقارنة بالذكور بحوالي 24.5%، ويمكن إرجاع ذلك إلى دخول الشباب ما بين 25-29 سنة من العمر إلى سوق العمل.

فيما يخص الشباب العاملين وقت المسح، تبلغ نسبة العاملين أعلاها في سوريا بحوالي 38.9% وأدناها في جيبوتي بحوالي 8.8%، وفي المقابل ترتفع نسبة الشابات العاملات في تونس بنسبة بلغت 25% مقارنة بالدول الأخرى، كما ترتفع نسبة الشباب العاملين في سوريا وقت المسح إلى 54.5%، ويليهما 50.3% في لبنان.

VI - إعداد الشباب للصحة الإيجابية والدور الإيجابي

الشباب من الفئات الهامة التي يعتمد عليها قيام الشعوب وتقدمها، وهي ما تزخر به المنطقة العربية، إذ تصل إلى نسبة 54% من عدد السكان دون 29 سنة، وتتنخفض النسبة في البلاد الصناعية المتقدمة إلى 30% فقط.

تعد مرحلة الشباب من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان طوال حياته، كونها تحمل في طياتها فترة النضوج الفكري والعقلي، وتكامل النمو الجسمي، وإذا ما تم إعدادهم بالوالدية المسؤولة مستقبلاً، وتلقينهم المعلومات الصحية السليمة، التي تنير طريقهم في مجال تأمين الصحة عامة، والصحة الإنجابية والجنسية خاصة، كونهم في سن الزواج والإنجاب ومعرضون بشكل أوسع للمخاطر والأمراض المتنقلة

جنسيا بما فيها السيدا، سوف يكون لهم المساهمة في تحقيق عملية التنمية باعتباره رأس المال الحقيقي للوطن.

ومن هنا تأتي أهمية دراسة قضايا الشباب في الصحة الإيجابية والجنسية وأبعادها في الدول محل الدراسة وهي تونس، المغرب، سوريا، الجزائر، جيبوتي، ليبيا، فلسطين، والعراق، في ضوء نتائج المشروع العربي لصحة الأسرة، ونحاول تزويد تلك النتائج التفصيلية بالنتائج الكيفية التي ما فتئت إلا بتزويد المعطيات عمقا أكبر، إلا أن نتائجها غير قابلة للتعميم، والهدف الأساسي من البحث الكيفي هو تحديد الفجوات والخروج بالأولويات، ومعرفة أهم احتياجات ومشاكل الشباب من كلا الجنسين نحو الصحة الإيجابية والجنسية، وإعدادهم للإنجاب كونهم أمهات وآباء المستقبل.

6-1 المعرفة ومعايشة الشباب فترة البلوغ

تبين في ضوء نتائج الدراسة الكيفية في إطار مشروع CNEPRU، أن للشباب ذكورا وإناثا معرفة بالتغيرات التي تحدث في مرحلة البلوغ والتحول التي يصاحبها، ومعايشتهم تلك الفترة من الناحية النفسية والاجتماعية والصحية، وطريقة التعامل مع جنسياتهم وجنسهم في الوقت الذي لا يزال التحدث على الجنس موضوعا محرما، ويغطيه ثقافة العيب والصمت، وتختلف معرفة ومعايشة فترة البلوغ عند الإناث عنه عند الذكور، فيما يخص الإناث، أظهرت النتائج الكيفية- حسب ذكرياتهن- السعادة وأهمية النضج والوعي بالذات، حيث عاشت الفترة بقلق وخوف وتوتر والتساؤلات حول الدورة الشهرية وأهم تفاصيلها والأعراض التي تشعر بها الفتاة عند حدوثها، حيث صرحت إحدى المبحوثات: "لقد شكلت لي إزعاجا خاصة في الأيام الأولى، أحسست في المرة الأولى بالخوف والقلق"، فحدوث الطمث لأول مرة شكل إزعاجا وخوفا، ولكن بمرور الوقت أصبح أمرا عاديا وطبيعيا.

إن هذا القلق والخوف والفضول في آن واحد أدى بها إلى اللجوء إلى أول شخص وهو "الأم"، ثم تأتي في المرتبة الثانية "الصديقة"، (شريف، 2007، ص 10).

وعلاوة على ذلك، نستكشف من نتائج التحقيق الذي أنجزه مركز المرأة العربية للتدريب والبحوث كوثر في بعض البلدان العربية هي المغرب، لبنان، تونس، البحرين، مصر، الجزائر، واليمن، أن الشعور بالخوف والقلق والبكاء والحيرة تواجد أيضا ومعايشة المراهقات فترة البلوغ، حيث أكدت على سبيل المثال نورة (15 سنة من البحرين): "أحسست بالخوف ولم أشعر بالأمان إلا بعد أن أخبرت أمي"، ويصل الأمر بالـ **الخجل** كما هو الحال عند سهير (16 سنة من مصر): "الأمر بيكسف شوية".

وهناك من تنظر إلى مرحلة البلوغ بعين **الزواج المبكر**، وهو الحال عند **الفتاة اليمنية**، كما تربط هذه الفترة بارتداء الحجاب والمكوث في البيت، وهناك من بكت حالة نزول الطمث للمرة الأولى، وهو ما حدث لحنين (18 سنة من اليمن) حيث صرحت: "لأنني لا أحب أن أكون كبيرة وأرتدي الحجاب" (مركز المرأة العربية للتدريب والبحوث كوثر، 2007، ص 20).

تلك هي الشهادات وغيرها، التي لم تختلف في البلدان محل الدراسة حيث معظمهن سواء كانت جزائرية أو تونسية، أو مغربية أو مصرية... الخ قد شعرت في بداية نزول الطمث للمرة الأولى بالخوف والصدمة والقلق، والتوتر، والبكاء، ثم يأتي الشعور بالسعادة والإحساس بالكبر والنضج والاهتمام بالجسد والمظهر، واهتمام الصبيان بهن.

أما عن معايشة ومعرفة الذكور مرحلة البلوغ وتعاملهم مع الحدث اتضح أنه كان أمرا عاديا وطبيعيا، صرح أحدهم "أنا رجعت رجل" (شاب جزائري، 18 سنة من العمر)، حيث ترتبط مرحلة البلوغ عند الذكور بمشاعر إيجابية، وتكوين شخصية من خلالها، وهو ما جاء على لسان جاسم (18 سنة، البحرين): "عصبيتي

زادت قليلا، وتكونت شخصيتي خلالها"، وهناك من أحس بالتقدير والاحترام وهي حالة أمير (15 سنة، مصر) حيث صرح: "الناس تسمعونني عندما أتكلم لأن شكلي أصبح كبيرا"، وهناك من عاش فترة الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الشباب بممارسة العادة السرية، أو إقامة علاقات جنسية مع الفتيات، واعتقادهم حسب تصريحاتهم أنها ظاهرة صحية تحقق توازنا نفسيا، وهو حال كل من أشرف (18 سنة، لبنان)، ومحمود (18 سنة، البحرين). (نفس المرجع، ص 91).

وفي المقابل ارتبطت معايشة الذكور فترة البلوغ بالخوف والارتباك عند استحلامه لأول مرة وهو حالة وسيم (17 سنة، اليمن) حيث اتجه إلى أمه من أجل الاستفسار، وهناك من ترك المدرسة (أحمد 18 سنة، المغرب) وذلك لمدة ثلاثة أشهر، حيث صرح: "أفقت بعدها واكتشفت أنه ليس بسلوك مقبول وعدت إلى الدراسة"، كما أدت فترة البلوغ عند راني (16 سنة، لبنان) إلى الدهشة وجهله ما حصل، (نفس المرجع، ص 92).

في ضوء نتائج الدراسة الكيفية، تبين أن معايشة الشباب مرحلة البلوغ تختلف من حيث الجنس، والبيئة المحيطة بهم، والانتماءات الاجتماعية والثقافية في البلدان محل الدراسة، كما تبين أن هناك بعض الأمهات والآباء يرفضون فكرة عقد جلسات حوار مع أبنائهم للحديث معهم وتوعيتهم وتنقيفهم حول مرحلة البلوغ وعلاماتها، والتغيرات النفسية والصحية التي تصاحبها، ويرجع ذلك أساسا إلى ثقافة العيب التي إنجرت عنها ثقافة الصمت *la culture du silence*، وإن شعور الأولياء بالخجل عند الحديث عن المسائل الجنسية أمام أبنائهم، يدفعهم إلى اللجوء إلى مصادر أخرى بما فيها الأصدقاء، والانترنت، والقنوات الفضائية، وتبادل أسئلة فيديو... وغيرها، وهذا ما يتضح من خلال المقابلات المعمقة التي قمنا بها، أن الأولياء لم يهيئوا أبناءهم لمرحلة اجتيازهم فترة البلوغ، حول الدورة الشهرية، الاحتلام، إلى غيرها من المسائل الجنسية والتغيرات الجسدية والنفسية المصاحبة لمرحلة المراهقة للشباب والشابات، وما توصلت إليه النتائج الكيفية من معطيات

تفصيلية صحية، هو جهل الفتاة أهم الأعراض التي تصاحبها الدورة الشهرية بما فيها الصداع، مغص في أسفل البطن، ألم في أسفل الظهر، ألم في الثديين، انفعالات نفسية كسرعة الغضب، والعصبية، والتوتر، تعب وإرهاق وغيره من الأعراض، وهذا ما حدث على سبيل المثال مع حالة وسام (17 سنة، اليمن) التي عانت بالصداع أثناء اجتيازها مرحلة البلوغ، وبهذا كل فتاة تتفا جي بتغير أو إحساس، وشعور معين في جسدها.

كما تبين أن الفتاة لا تعرف أن دم الحيض فاسد يتخلص منه الجسم كل شهر في صورة دورية شهرية، وعن فترات التبويض أيضا، والفترة التي يقع فيها الحمل، ومن البنات من لا تعرف من المسؤول عن جنس الجنين، كما سمع المشاركون في الدراسة الكيفية عن الفحص الطبي قبل الزواج، لكن المعرفة عن طبيعة هذه الفحوصات محدودة جدا، والملفت للانتباه هو تأسف الشباب من كلا الجنسين على جهلهم ببعض المسائل الجنسية، وعدم وجود تثقيف صحي حول مرحلة البلوغ وعلاماتها، كما عبر الشباب عن حاجتهم للتثقيف الجنسي خاصة عن الجنس الآخر، حيث صرح كل من الذكور والإناث أنهم يريدون معرفة كل ما يتعلق بالجهاز الإنجابي الذكري والأنثوي، وكل الأمراض المتنقلة جنسيا، وكانوا يسألون الباحثين حول القضايا المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية، حيث جمعنا البعض من التساؤلات التي تشغل بال الشباب والشابات وهي:

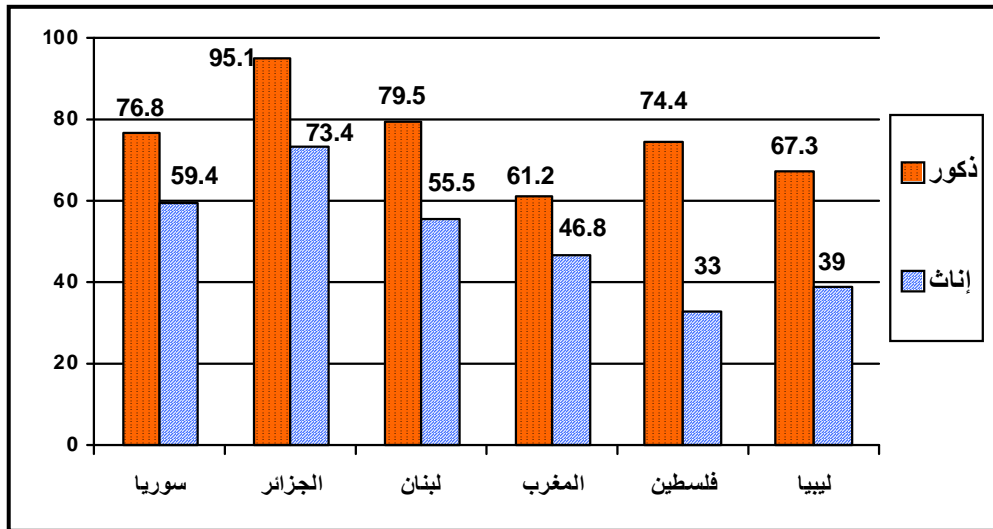
- ماهي أجزاء الجهاز التناسلي الذكري؟
- ماهي أجزاء الجهاز التناسلي الأنثوي؟
- هل تطهير الذكور يؤثر على اللذة الجنسية لديهم كما هو الحال عند الإناث؟
- هل تستطيع المرأة التي لها مبيض واحد الحمل؟
- ما هي الدورة الشهرية؟ وبماذا تشعر الفتاة عند قدوم الدورة الشهرية والأعراض المصاحبة لها؟
- هل يمكن الاستحمام خلال الدورة الشهرية؟

وغيرها من الأسئلة التي تحتاج إلى مختصين في تنظيم نشاطات ولقاءات مع الشباب ذكورا وإناثا، من أجل تثقيفهم صحيا وجنسيا، وإعطائهم طريقة لمواجهة ومعايشة فترة البلوغ بكل مسؤولية ووعي، وعدم ترك الغموض والجهل يتنامى حتى مجيء فترة الإقبال على الزواج، باعتبار ذلك حق من حقوقهم الإيجابية.

وتتوافق نتائج الدراسة الكيفية مع نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة في بعض الدول محل الدراسة، حيث أظهرت النتائج الكمية أن أكبر نسبة من الذكور الذين تعرفوا على علامات البلوغ بأنفسهم بلغت أعلاها في الجزائر 95.1%، وأدناها في المغرب بحوالي 61.2% في حين نسبة المعرفة في أوساط الفتيات منخفضة، حيث ترتفع أكثر بقليل في الجزائر بحوالي 73.4%، وتنخفض في فلسطين إلى حوالي 33%، وهذا ما يوضحه الشكل رقم (1) التالي:

شكل رقم (1)

نسبة الشباب الذين عرفوا علامات البلوغ بمفردهم حسب النوع في بعض الدول العربية (%)



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة: نقلا عن (أحمد عبد المنعم، طارق الكبسي، 2008).

كما اتضح أن أول شخص يلجأ إليه الشباب من الإناث هو الأم، ترتفع النسبة في لبنان بـ 59.5%، وأدناها في المغرب بـ 15.7%، في حين يلجأ الذكور إلى الأصدقاء بأكثر نسبة في ليبيا بـ 49.4% وأصغرها في الجزائر بـ 15.5%، كما تبين أن مصدر الإناث يبقى أكثر تنوعاً من الذكور، ويبقى مصدر المدرسة كبيراً في كل من المغرب وفلسطين وأدناه في الجزائر، وهذا ما يبيّنه الجدول رقم (1).

جدول رقم (1)

نسبة الشباب الذين علموا بعلامات البلوغ حسب النوع ومصدر التعرف على العلامات في بعض الدول العربية. (%)

الأساتذة والكتب المدرسة	الأصدقاء	الأخوات	الأم	الأب	المصدر	
					الدولة	
3.5	15.5	0.4	1.0	0.7	ذكور	الجزائر
17.7	11.6	13.5	20.0	0.0	إناث	
15.4	34.6	10.1	5.0	21.3	ذكور	سوريا
12.8	18.9	16.1	54.0	1.7	إناث	
48	19.1	0.8	0.5	0.8	ذكور	المغرب
49.6	11.3	5.2	15.7	0.4	إناث	
11.3	39.5	9.2	10.4	22.5	ذكور	لبنان
30.4	23.2	17.5	59.5	2.9	إناث	
50.6	47.2	4.4	1.7	4.6	ذكور	فلسطين
67.4	11.6	15.1	51.7	0.7	إناث	
30	49.4	12	0.8	1.8	ذكور	ليبيا
24.4	31.4	35.4	50.9	0.6	إناث	

المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة، نقلًا عن: (أحمد عبد المنعم، مرجع سابق)

تبين نتائج الجدول رقم (1) أن لغة التواصل ضعيفة جدا بين الأهل والشباب، والفجوة الكبيرة الموجودة بينهما تدفعهم إلى اللجوء إلى مصدر آخر قد يكون أقل معرفة ووعيا من معارف الأهل.

وبهذا، فالحوار الأسري، داخل أسر المبحوثين من كلا الجنسين مقتصر على نطاق ضيق في قضايا قليلة جدا، وهو بالتالي غير مطبق في المجتمع العربي.

6-2 النظرة إلى الزواج والسن المناسب له

يعتبر الزواج نصف الدين تبعا لقوله تعالى: "هُنَّ لِبَاسٌ لَكُمْ وَأَنْتُمْ لِبَاسٌ لِهِنَّ"، (سورة البقرة، 187)، وهي سنة من سنن الحياة، يعني الزواج في أوساط الشباب الجزائري "السترة"، وهو حدث طبيعي وضروري لا بد من حدوثه.

واتضح أن من أهم شروط اختيار الزوج أو الزوجة هو الحب، وهناك من تختار رجلا مثقفا وهو حالة دعد (17 سنة، لبنان) حيث تصرح على الشريك المثالي بالنسبة إليها: " يجب أن يكون مثقفا وأن يفهم متطلباتي، والمرأة يجب أن تحصل دائما على استقلالية معينة" (مركز المرأة العربية للتدريب والبحوث كوثر، مرجع سابق، ص 121).

كما ترددت على السنة الشباب الجزائري في مواصفات الشريك أو شريكة الحياة شروط توفر في كل من الطرفين: الأخلاق، الدين، الاحترام، الأصل الشريف التفهم... الخ، وتلك هي شروط ومواصفات الزواج والنظرة إليه، حيث يشهد توسعا وتقييما، مستمرا في المنطقة العربية.

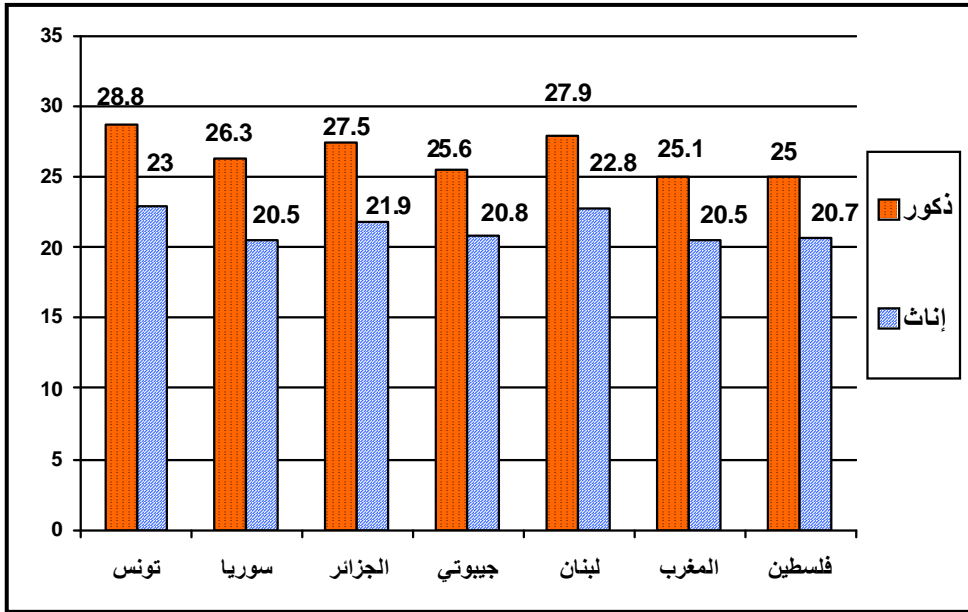
كما تؤكد نتائج مسح المشروع العربي لصحة الأسرة تراجع دور الأسرة في اختيار القرين، وبروز دور المستوى التعليمي للمرأة، ومدى إقبالها على اختيار الزوج المناسب بمقاييس مناسبة.

وقد تراوح السن المناسب للزواج حسب تصريحات المبحوثين في الدول محل الدراسة ما بين 20 و 25 سنة عند الإناث، وما بين 25 و 30 سنة عند الذكور.

أما عن النتائج الكمية فهي تقريبا تتماشى مع اتجاه النتائج الكيفية، وتصريحات الشباب العربي حول السن المناسب للزواج بالنسبة لكلا الجنسين، حيث تبين أن الفئة العمرية ما بين 21-23 سنة هي المناسبة للزواج عند الفتاة، أما السن المناسب للزواج في أوساط الذكور فتختلف التصريحات من دولة إلى أخرى، حيث يقدر أدناه في فلسطين بـ 25 سنة، وأقصاه في تونس بـ 28.8 سنة، وهذا ما يبيّنه الشكل رقم (02).

شكل رقم (2)

متوسط العمر المناسب للزواج بالنسبة للفتاة والفتى في رأي الشباب حسب النوع في بعض الدول العربية.



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة: نقلًا عن (أحمد عبد المنعم ، طارق الكبسي، مرجع سابق).

فيما يخص نسبة الشباب الذين اختاروا أو سيختارون الزوج أو الزوجة بأنفسهم حسب النوع، تبين أن الذكور أكثر إقبالا على ذلك مقارنة مع الإناث، بتفاوت من دولة إلى أخرى ما عدا الجزائر حيث تبلغ نسبة الاختيار عند الإناث 76.4% مقابل 74.2% بين الذكور، وهذا ما يبيئه الجدول رقم (2).

جدول رقم (2)

نسبة الشباب الذين اختاروا أو سيختارون الزواج أو الزوجة بأنفسهم حسب النوع

الدولة النوع	تونس	سوريا	الجزائر	جيبوتي	لبنان	المغرب	ليبيا
	ذكور	96.1	80.7	74.2	89.2	95.3	83.3	77.0
إناث	91.0	57.7	76.4	78.5	90.2	77.7	63.0
إجمالي	93.3	70.6	78.7	83.8	92.8	78.2	69.2

المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة، نقلا عن: (أحمد عبد المنعم، مرجع سابق)

6-3 الشباب والمعرفة بوسائل تنظيم الأسرة ومصدرها

إن تعلم الشباب من أهم الضروريات لمواكبة التنمية، وكذا الاعتراف بدورهم واستعدادهم للحياة الزوجية والإنجابية وإعدادهم للوالدية المسؤولة مستقبلا، والسعي إلى حصولهم على معلومات صحية سليمة في قضايا الصحة الإنجابية والجنسية، وأبعادها بما في ذلك من المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة والأمراض المنتقلة جنسيا... إلخ، وبالتالي حق بلوغ أعلى مستوى من الصحة الإنجابية والجنسية التي تعتبر حقا من أهم حقوق الصحة الإنجابية²، التي حددها برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام 1994، والتي اعتبرها جزءا من حقوق الإنسان المعترف بها في القوانين والوثائق والمواثيق الدولية لحقوق الإنسان.

² وغيرها من الحقوق وهي:

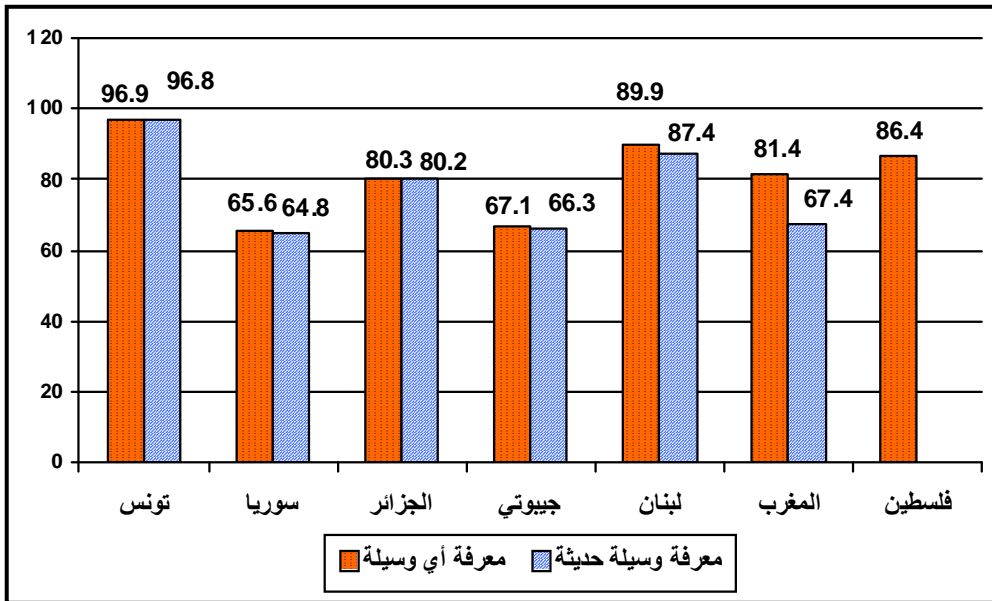
- 1- حق جميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسئولية عدد أولادهم، وفترة التباعد فيما بينهم، وتوقيت إنجابهم وأن تتوفر لهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك.
- 2- حق اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تحيز أو إكراه أو عنف (هشام مخلوف، عزت الشيشيني، 2006).

انطلاقاً من هذه الحقوق، تبين نتائج المشروع العربي لصحة الأسرة ارتفاع نسبة المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة في أوساط الشباب العربي، حيث تبلغ نسبة الشباب الذين يعرفون أي وسيلة أو وسيلة حديثة من وسائل تنظيم الأسرة أقصاها في تونس 96.9%، مقابل 65.6% في سوريا. (الشكل رقم 3).

كما كشفت نتائج الدراسة الكمية فيما يخص معارف الشباب العربي حول وسيلة حديثة من وسائل تنظيم الأسرة، إلا أنها تعد نسبة قليلة مقارنة بمعرفة الوسائل المختلفة، ترتفع نسبة المعرفة في تونس إلى 96.8%، وتنخفض في سوريا إلى 64.8% وهذا ما يبينه الشكل رقم (3) التالي:

الشكل رقم (3)

نسبة الشباب الذين يعرفون أي وسيلة أو وسيلة حديثة من وسائل تنظيم الأسرة في بعض الدول العربية.



المصدر: جامعة الدول العربية، قطاع الشؤون الاجتماعية، إدارة الشباب والرياضة.

والملفت للانتباه أن المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة اقتصرت على معظم الإجابات في الدراسة الكيفية حول وسيلة الحبوب التي جاءت في المرتبة الأولى، متبوعة باللولب والواقى الذكري والحقنة، أما عن الوسائل التقليدية تأتي المعرفة بالرضاعة الطبيعية في المرتبة الأولى.

وحول موافقة الشباب على استخدام وسائل تنظيم الأسرة مستقبلاً، اتضح أن الموافقة في المغرب مرتفعة بنسبة 93.4% عند الإناث و85.1% عند الذكور، وتلاحظ أن الإناث أكثر موافقة على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة من الذكور.

وبالنسبة لمواقف الشباب حول قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة، تبين أن أغلبية المبحوثين يرون أن القرار يجب أن يكون مشتركاً بين الزوجين، حيث بلغت أعلاها في لبنان بحوالي 81.9%، مقابل 57.1% في سوريا. كما أن نسبة الإناث اللواتي يرين أن القرار يكون مشتركاً بين الزوجين ترتفع عن النسبة بين الذكور في جميع الدول محل الدراسة. الجدول رقم (3).

جدول رقم (3)

نسبة الشباب الذين يرون أن قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة يكون مشتركاً حسب النوع

الدولة		سوريا	الجزائر	لبنان	المغرب	فلسطين	ليبيا
النوع							
ذكور		72.8	55.5	78.0	74.3	69.8	58.1
إناث		78.2	73.3	86.1	79.4	82.8	75.0
إجمالي		75.1	63.3	81.9	77	75.5	67.7

المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة، (أحمد عبد المنعم، طارق الكبسي، 2008).

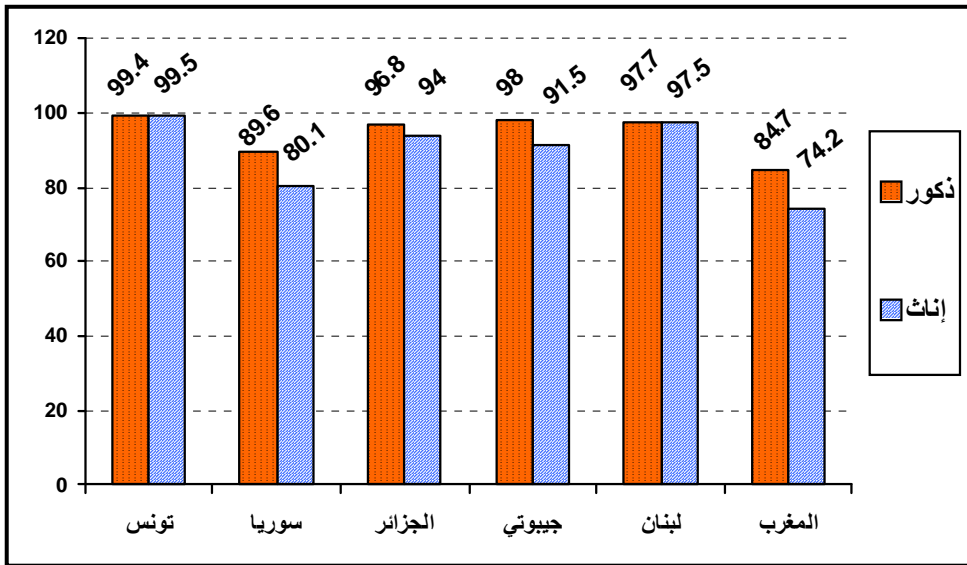
أما عن اتجاهات الشباب حول متوسط عدد الأطفال المرغوب فيه بعد الزواج، فقد بلغ أعلاه بين الشباب الجيبوتي بحوالي 6.2 طفلاً عند كلا الجنسين، وأدناه في المغرب بحوالي 2.9 طفلاً بين الذكور و2.7 طفلاً بين الإناث، وبلغ 4 أطفال في سوريا و3 في كل من الجزائر ولبنان، لكلا الجنسين.

4-6 الشباب والمعرفة بالأمراض المنقولة جنسيا

تعد قضية الشباب والمعرفة بالأمراض المنقولة جنسيا وعلى رأسها السيدا، من بين القضايا المعقدة في المجتمعات العربية، مما قد يؤدي إلى أخذ معلومات خاطئة تنعكس من دون شك على صحة الشباب سلبا، وبالتالي على صحة المجتمع.

شكل رقم (4)

نسبة الشباب الذين سمعوا عن فيروس نقص المناعة "الإيدز" حسب النوع



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة.

لقد أظهرت النتائج الكيفية النقص الكبير في مجال معرفة الشباب من كلا الجنسين بالأمراض التي يمكن أن تنتقل عداها من شخص لآخر عن طريق الجهاز التناسلي (السيلان، السيدا، الزهري، الالتهابات المختلفة)، حيث كانت المعرفة سطحية وغير دقيقة، لم يتمكن المبحوثون من إعطاء تعريف لمرض السيدا مثلا إلا أنهم يسمعون عنه، تلك هي النتيجة التي توصلت إليها مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة، حيث تبين أنه بالرغم من سماع الشباب عن الأمراض

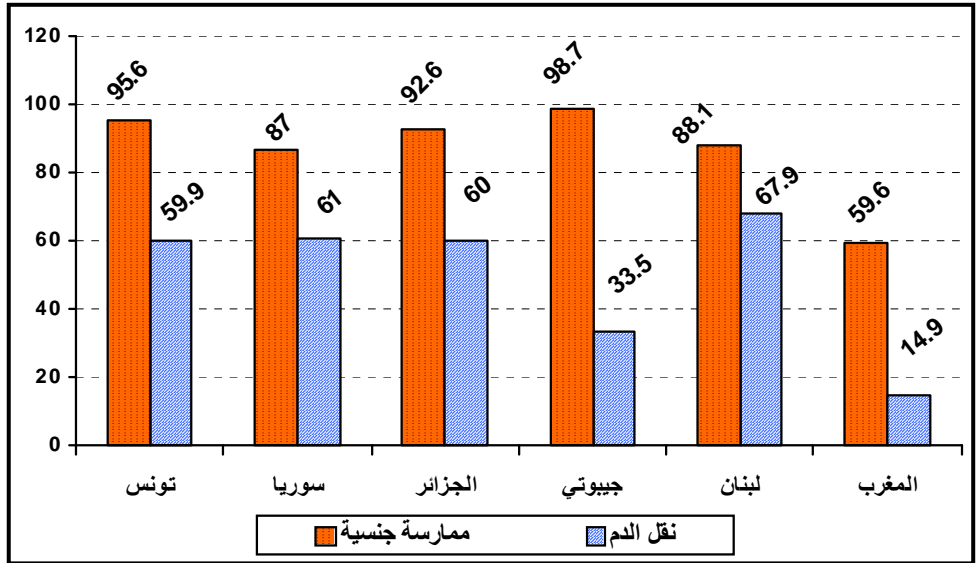
المنتقلة جنسيا والسيدا، إلا أن تلك المعرفة سطحية، حيث يجهلون خصوصيات هذه الأمراض وأعراضها وطرق الوقاية منها.

وتتخفص نسبة المعرفة بين الإناث مقارنة مع الذكور، حيث تبلغ المغرب 74.2% عند الإناث مقابل 84.7% عند الذكور بفارق 10.5 نقاط، وتبلغ سوريا 80.1% بين الإناث مقابل و 89.6% بين الذكور، ونفس النمط يوجد في جيبوتي أيضا، وتتساوى المعرفة نسبيا عند الجنسين في تونس ولبنان. الشكل رقم (4).

كما اتضح أن الشباب على دراية بأن العلاقات الجنسية غير الآمنة تعتبر من أهم وسائل نقل مرض الإصابة بالسيدا، ترتفع النسبة في الجزائر إلى 98.7%، وأدناها في المغرب بحوالي 59.6%، كما يوضح الشكل رقم (5) نقص في معرفة الشباب العربي بأن نقل الدم يعتبر هو الآخر أهم وسائل نقل العدوى بالسيدا نسبيا.

شكل رقم (5)

نسبة الشباب الذين يعرفون طرق انتقال مرض الإيدز



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة.

فيما يخص معرفة الشباب حول طرق الوقاية من مرض السيدا، تبرز نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة، أن أكثر من نصف المبحوثين الشباب العربي قد صرحوا بأن "العلاقات الجنسية الآمنة" تقي من الإصابة بالسيدا، أكبرها في سوريا بنسبة 85.4% وأدناها في المغرب بحوالي 37.5%، في حين تبين أن طريقة استخدام الواقي الذكري غير معروفة في أوساط الشباب العربي، وتنخفض نسبة المعرفة في الجزائر إلى 14.5%، وفي المغرب 23.3%.

وعلاوة على ذلك، تبين أن أهم مصدر يلجأ إليه الشباب في مجال المعرفة بالأمراض المتنتقلة جنسيا بما فيها، السيدا، وطرق الوقاية منه هو التلفاز، كما يلفت الانتباه، أن الراديو يمثل المصدر الرئيسي في نشر المعلومات حول السيدا في أوساط الشباب الجبوتي وذلك بنسبة 80.6%، ويبرز دور المدرسة في ليبيا ومدى تلقي الشباب المعرفة بالسيدا وذلك بنسبة 53.5%، وتنخفض النسبة في المغرب بـ 24.9%، والذي نستشفه من نتائج الدراسة الكيفية التي قمنا بها، هو صعوبة التحدث مع الشباب حول قضايا الأمراض المتنتقلة جنسيا بما فيها السيدا والوقاية منه، وبالخصوص المسائل المتعلقة بالجنس، والعلاقات الجنسية، فهي مواضيع مهمشة الدراسة والتحليل والنقاش في المجتمعات العربية عامة والجزائرية خاصة كوننا نزلنا إلى ميدان البحث مع الشباب الجزائري، ويتم تغطية تلك القضايا بحجاب من التقديرات والاعتبارات الأخلاقية وهي "الشرف" أو "الحشمة"، و"القدر" و"العيب"، و"الدين"، و"الأخلاق"، وتشير النتائج الكيفية أن المعلومات المكتسبة في أوساط الشباب الجزائري حول الأمراض المتنتقلة جنسيا والسيدا وطرق الإصابة والوقاية منه... وغيرها من قضايا الصحة الإنجابية مازالت محدودة وغير كافية، ومازالت هناك حاجة ماسة لتوعية الشباب من الجنسين وتثقيفهم صحيا بطرق العدوى بالمرض ووسائل الوقاية منه، وتمتعهم بأعلى مستوى من الصحة الإنجابية والجنسية كونها تعد حق من حقوقهم الإنسانية، فالمعرفة محدودة وغالبا ما تكون خاطئة، وخطيرة الانتشار في أوساط الشباب العربي، وفي هذا الصدد، كشفت نتائج المسح الوطني متعدد المؤشرات وصحة الشباب المغربي 2006-2007 أن 42%

من الشباب المغربي من صرح بعدم قبوله شراء الخضر الطازجة من مريض مصاب بالسيدا، و26% لا يقبلون الدراسة والجلوس بجانب طالب مصاب بهذا الداء. (جامعة الدول العربية، اليوم العالمي للشباب، 2009).

VII- دور الأسرة في تنشئة الشباب-أجيال المستقبل

أصبح الشارع والمقهى وقاعات الانترنت، والبرابول، الفضاء الأكثر تأثيرا في بناء شخصية النشء الصاعد، حيث أصبح الشباب من كلا الجنسين أكثر تعاملًا مع التقنيات الجديدة في الاتصال والمعلومات، والأكثر انتفاعا من الثقافات العالمية، أين هو دور الأسرة من بين هذه الأنواع من الفضاءات؟ وما هو دورها في نقل المعلومات والمعارف والسلوكيات الصحية السليمة تجاه الصحة الإيجابية والجنسية؟ ما هو دور الأسرة في اجتياز الشباب مرحلة البلوغ؟ وفي إنتاج أجيال ذات مستوى معرفي وصحي لائق؟.

فالأسرة حسب كونت: "تعتبر الخلية الأولى في جسم المجتمع والنقطة التي يبدأ منها التطور، ويمكن مقارنتها في طبيعتها ومركزها بالخلية الحية في المركب البيولوجي (جسم الكائن الحي) (زيدان، 1979-1980، ص.2)

إن أول مستقبل لهذا الكائن البيولوجي الذي يتحول إلى كائن اجتماعي، عن طريق التنشئة الاجتماعية هي الأسرة، إذ تعطيه صفة الإنسانية، وروح المسؤولية وتكوين الشخصية، وتلقنه بعض السلوكيات والعادات والتقاليد، وتستمر هذه التنشئة إلى آخر العمر، فالشباب من كلا الجنسين يتأثر بوسطه الأسري، إذ أن - الأسرة - هي التي تكسبه السلوكيات الصحية، وتحيطه بنوع من الرعاية الصحية المستمرة، وتوفر له خدمات التعليم، والعلاج، والترفيه، وتشبع رغباته وحاجاته، وتحقق مصالحه التي يتوسع مداها من خلال حياته المستقبلية.

وفي هذا الشأن، يحتاج الشباب من كلا الجنسين إلى الأسرة ودورها الفعال في تثقيفهم في قضايا الصحة الإيجابية والجنسية، إلا أن النتائج الكيفية لم تبرز هذا الدور، حيث تبين ضعف الأسرة في نقل المعلومات والمعارف والسلوكيات تجاه تلك القضايا، فضلاً عن ضعف مشاركتها في تحضير المراهقين والمراهقات لمرحلة اجتيازهم فترة البلوغ ومعايشتهم لها في كل جوانبها النفسية والاجتماعية والصحية، وهذه النتيجة تتماشى مع النتائج الكمية، حيث اتضح أن 20% من الشباب العربي من الذكور يلجئون إلى الأب كمصدر للمعرفة، و3% إلى الأم، وأكثر من نصفهم، ما يقارب 60% إلى الأصدقاء، وتأخذ المدرسة نسبة 3% فقط كما تلجأ الإناث إلى الأم كمصدر معرفة حول مرحلة البلوغ وما ينجر عنها بنسبة 55%، وإلى الأخت الكبرى بـ 30% والنسبة نفسها من الإناث تستمد معرفتها من الصديقات، و6% من المدرسة، وكذا الإعلام والكتب. (جامعة الدولة العربية، قطاع الشؤون الاجتماعية، 2007، صحة الأسرة العربية وتحديات العولمة، مرجع سابق، ص 169).

وبهذا يشكل الأصدقاء المصدر الأساسي من مصادر المعرفة في أوساط الشباب العربي، كما للانترنت دور في انتشار المعرفة، حيث يكثر استخدامه في البحرين، ويقل في اليمن، إذ تصل نسبة المشاركين في شبكة الانترنت إلى 29.9% من إجمالي السكان في الإمارات العربية المتحدة، تليها البحرين 19% (مركز المرأة العربية للتدريب والبحوث كوثر، مرجع سابق، ص 261)، وتتماشى نسبة استخدام الانترنت في البلدان العربية والموارد الاقتصادية، وكذا المستوى الاجتماعي لها.

وعلاوة على ذلك، تبين في ضوء النتائج الكيفية أن ثلث المستجوبين والمستجوبات في مصر لديهم كمبيوتر خاص يستخدمونه في الانترنت، بالإضافة إلى تنقلات الشباب إلى مقاهي الانترنت، معظمهم يزورون المواقع المتعلقة بالمعرفة الجنسية، حسب تصريح جاسم 18 سنة من مصر: " استخدام الكمبيوتر

بشكل أساسي كل يوم، أنا ملم بالانترنت، واستفدت منه في الدراسة، والحصول على قدر هائل من المعلومات وهو أهم من الكتب في دراستي، ولدي أصدقاء أتحدث معهم، ولدي مواقع متنوعة أزورها، مواقع الجنس، الجميع عندما يفتح على الانترنت يذهب إلى تلك المواقع ولكنها الآن شيء لا يستحوذ علي " (نفس المرجع)

والشباب اليمني يهتم هو الآخر في الإقبال على استخدام الكمبيوتر والانترنت، حيث يرون فيه وسيلة للتعلم والتواصل، وتوظيفها لأغراض الدراسة، وغيرها من حالات الشباب العربي ومدى استخدامه الانترنت وذلك من أجل إشباع الفضول المعرفي والجنسي، وممارسة المحادثة الالكترونية على الانترنت مع أصدقاء من الجنسين من أجل التعارف والاكتشاف والتسليّة، ويبقى التساؤل مطروحا ألا وهو: هل هناك رقابة الأهل أو المجتمع لاستخدام الشباب الانترنت؟ أين هو دور المدرسة في تلقين الشباب المعرفة في قضايا الصحة الإيجابية والجنسية؟ دون أن ننسى الجمعيات الثقافية والمجتمع بما يكتسب بفضل من تجارب ومعارف.

VIII - النتائج والتوصيات

في ضوء نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة في بعض الدول العربية وهي تونس، المغرب، سوريا، الجزائر، لبنان، جيبوتي، ليبيا، فلسطين، والعراق، مدعمة بالنتائج الكيفية، حول قضية معارف الشباب العربي واتجاهاتهم في الصحة الإيجابية وإعدادهم الإنجابي، نستنتج افتقار الشباب العربي بالنسبة لكلا الجنسين إلى المعلومات التي تخص قضايا الصحة الإيجابية والجنسية والإعداد للدور الإنجابي، وكذا غياب الوعي الصحي في أوساط الشباب ويرجع ذلك أساسا إلى ثقافة الصمت، فالخدمات محدودة وغير كافية، بالخصوص ونحن نعلم أن هذه الفئة تمر فيزيولوجيا ونفسيا واجتماعيا بمراحل صعبة تحتاج إلى إرشادات وتوعية وتثقيف صحي موسع، واهتمام بالغ الأهمية.

التوصيات

- العمل على زيادة الاستثمارات الموجهة إلى صحة وتنمية الشباب ذكورا وإناثا على حد سواء، ورسم السياسات التي تتعامل مع احتياجاتهم الصحية والجنسية بطريقة شاملة.
- تكثيف الجهود لتوسيع سبل الحصول على المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية والإعداد للدور الإنجابي الموجهة لفئة الشباب.
- فتح باب النقاش في أوساط الشباب ذكورا وإناثا، وعدم صدهم على المعرفة في مجال الصحة الإنجابية والجنسية والإعداد للدور الإنجابي من أجل معرفة قضاياهم وتصوراتهم وانشغالاتهم واحتياجاتهم تجاه تلك القضايا.
- إشراك الشباب واستحضرهم في رسم السياسات والاستراتيجيات الخاصة بهم وتعزيز دورهم في تطور المعرفة المتصلة بكل المراحل الفيزيولوجية التي يجتازونها وغيرها من المسائل المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية.
- تطوير البرامج الخاصة بالتثقيف الصحي في أوساط الشباب وباللغة التي يفهمونها، وبصورة مبسطة تراعي الخصوصية والثقافة العربية الإسلامية، وتشجيع وسائل الإعلام على القيام بدورها في مجال التوعية والتثقيف في مجال الصحة الإنجابية والجنسية.
- تضافر الجهود من أجل نشر الوعي الصحي في البيت والمدرسة والمجتمع، وذلك من أجل تحقيق الأهداف المرجوة وتجاوز الواقع إلى آفاق ومستقبل ينعم فيه الشباب بمستوى صحي ومعرفي أمثل ولائق.
- الاهتمام بجودة الرعاية وتسهيل وصول الخدمات للشباب وتدريب مقدم الخدمات الصحية بزيادة كفاءتهم في استيعاب احتياجاتهم في مجال الصحة الإنجابية والجنسية.

- ضرورة العمل على الاهتمام بالشعار "الصحة الإيجابية تعزيز لعملية التنمية الشاملة"، والسعي إلى الوصول إلى أهداف مؤتمر القاهرة الدولي والسكان والتنمية عام 1994، وهو تحقيق إمكانية حصول الجميع على رعاية الصحة الإيجابية مع حلول عام 2015.
- وضع خدمة "الخط المجاني" لمساعدة الشباب وتوعيتهم وتعزيز دورهم في تطوير المعرفة في قضايا الصحة الإيجابية والجنسية.
- تطوير البحوث والدراسات حول قضايا الشباب والصحة الإيجابية والجنسية، والاستفادة من نتائجها من قبل صانعي القرارات وواضعي السياسات، وعلى إثرها بناء قاعدة معلومات وبيانات تفصيلية حول الشباب العربي وقضايا الصحة الإيجابية والجنسية.

قائمة المراجع

- المراجع باللغة العربية

- المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية، وزارة الصحة العمومية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري (2002)، المسح التونسي لصحة الأسرة، التقرير الرئيسي.
- المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية، رئاسة مجلس الوزراء، المكتب المركزي للإحصاء (2002)، مسح صحة الأسرة في الجمهورية العربية السورية.
- المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية، جمهورية جيبوتي (2004)، المسح الجيبوتي لصحة الأسرة، التقرير الرئيسي.
- المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية، هيئة المسوح الصحية الديموغرافية المملكة المغربية وزارة الصحة (2005)، المسح الوطني، حول السكان وصحة الأسرة 2004/2003، التقرير الرئيسي، المملكة المغربية.

- المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية (2007)، صحة الأسرة العربية وتحديات العولمة، القاهرة، الطبعة الثانية.
- المشروع العربي لصحة الأسرة وإدارة الشباب والرياضة بجامعة الدول العربية، " آراء واتجاهات الشباب في المنطقة العربية"، القاهرة، نوفمبر.
- المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية (2009)، "اليوم العالمي للشباب"، النشرة الدورية، القاهرة، العدد 24، أغسطس.
- المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية (2010)، "المسح الوطني للفتوة والشباب في العراق 2009"، النشرة الدورية، القاهرة، العدد 29، يناير.
- المنظمة الدولية لرعاية الأسرة (1996) : العمل من أجل القرن الحادي والعشرين، الصحة والحقوق الإنجابية للجميع، نيويورك، ص 45.
- آسيا شريف (2007)، "اتجاهات ومعارف الشباب في الصحة الإنجابية والجنسية، الواقع والإستراتيجيات، حالة الجزائر" المؤتمر السنوي السابع والثلاثون لقضايا السكان والتنمية، 11-13/ ديسمبر، القاهرة، معهد التخطيط القومي، المركز الديموغرافي بالقاهرة.
- آسيا شريف (2009)، "الشباب والمسائل الجنسية في الواقع الاجتماعي الجزائري" مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات، دورية علمية متخصصة محكمة يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة، المجلد الثاني، العدد السادس، سبتمبر، ص ص 89-106.
- أحمد عبد الناظر (2010)، "البيئة الحضرية وقضايا الشباب في بعض الدول العربية"، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات، دورية علمية يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة، المجلد الثالث، العدد السابع، يناير، ص ص 30-31.
- زيدان عبد الباقي (1979-1980)، الأسرة والطفولة، القاهرة، دار الشباب للطباعة، سلسلة الثقافة الاجتماعية الدينية للشباب، الكتاب الرابع.
- عبير أمين فريد (2006) "العولمة والتغير في الاتجاهات والقيم الأسرية لدى الشباب العربي".

- محمد بومخلوف وآخرون (2008) : واقع الأسرة الجزائرية والتحديات التربوية في الوسط الحضري القطيعة المستحيلة، الجزائر، دار الملكية للطباعة والنشر والتوزيع الإعلام، الطبعة الأولى، فيفري.
- هشام مخلوف، عزت الشيشني (2006) السكان والصحة الإيجابية وتنظيم الأسرة، تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في مصر، القاهرة، الطبعة الثالثة، جمعية الديموغرافيين المصريين.
- وزارة الشباب والرياضة، الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات (2009)، المسح الوطني للفتوة والشباب 2009، التقرير الموجز، العراق.

- المراجع باللغة الأجنبية

- Angers Maurice. (1997). Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, Alger édition casbah.
- Delaunay Valery, et al. (2000). Sexualité des adolescents : tendances récentes en milieu rural sénégalais, Paris, les dossiers du CEPED, n 65 .Centre Français sur la Population et le développement novembre. www.ceped.ined.fr.
- Maciaux Michel, et Deschamps jean Pierre. (1978).Santé de la mère et de l'enfants de la PMI à la santé de la famille, Paris, Flammarion, medecine-sciences.
- Mebtoul Mohamed. (2005). Enquête qualitative sur les jeunes, récits des jeunes, Alger, ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.

- Ministère de la santé publique, direction de la médecine scolaire et universitaire (1994) les jeunes et la santé familiale Tunisie, 5ème journée des clubs de santé, 21 octobre.
- Ministère de la santé publique, direction de la médecine scolaire et universitaire. (2001). Les jeunes et la santé de la reproduction 7ème journée de santé universitaire.
- Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, Office National des Statistiques, Ligue des Etats Arabes .(2004). Enquête Algérienne sur la santé de la famille, 2002, Alger, Rapport principal.
- Musette Mohamed said et al .(2004) ".Regards critique sur les jeunes et la santé en Algérie ", Alger, CREAD.
- Network family health international. (2000). « Santé de la reproduction des adolescents », vol 20, n° 3.

الملاحق

ملحق رقم (1)

خصائص العينة

البلد	عدد المقابلات			العمر			الوضعية				مقابلات أخرى		
	إجمالي	فتيات	فتيان	15	16	17	18	يدرس	يعمل	تكوين مهني	أخرى	مختصون أهل	مجموعات بؤرية
البحرين	35	25	10	7	6	9	13	35	0	0	0	0	285
تونس	26	18	8	3	7	8	8	15	2	9	0	3	/
الجزائر	21	15	6	0	5	9	7	21	0	0	0	0	4
لبنان	23	17	6	7	5	6	5	18	1	0	4	7	1
مصر	30	20	10	7	12	7	4	26	4	0	0	/	/
المغرب	20	16	4	4	4	5	7	11	6	0	3	5	/
اليمن	42	27	15	11	8	14	9	33	2	1	6	12	1
المجموع	197	138	59	38	47	58	52	159	15	10	13	27	6

تقدير عدد المهاجرين بين أمانة العاصمة وبقية محافظات الجمهورية اليمنية

جمال الوحيشي¹

I - مقدمة

لإحصاءات الهجرة مدلولات اجتماعية واقتصادية وسياسية سواء كانت داخلية أم خارجية، وهي مفيدة إلى حد بعيد للتعرف على الاتجاهات الخاصة بحركة السكان وإعادة توزيعهم إلا أنها غير متوفرة بذات المستوى الذي نراه في الإحصاءات السكانية الأخرى وقد يرجع ذلك إلى اختلاف الإجراءات المتبعة في تسجيل المعلومات في كل دولة أو عدم توحيد المعايير الإحصائية فيها، وغموض مفهوم الهجرة بصورة أو بأخرى⁽⁴⁾، بالإضافة إلى أن الهجرة تعد خطرة جداً إذا لم يكن مخططاً لها مسبقاً، وهي سلاح ذو حدين يمكن استخدامه لإعادة توزيع السكان للأغراض التنموية وعكسه فإنها تعكس درجة استقرار السكان أو حركتهم، وفي حالة عدم وجود تصور دقيق عن مستوى الهجرة واتجاهاتها فقد تكون السبب الرئيسي لإعاقة خطط التنمية الموضوعة وتنفيذها بالصورة الصحيحة.

وللهجرة أهمية خاصة في الدراسات السكانية، فإذا كانت المواليد والوفيات تمثل كلاً منها عاملاً مؤثراً في نمو وتغير السكان إلا أن الهجرة كثيراً ما تصبح أهم هذه العوامل الرئيسية الثلاث المتصلة بتغيرات السكان في منطقة معينة، ففي بعض الأحيان تكون هجرة جماعة معينة أقوى تأثيراً من حيث أحداث تغيرات في السكان نتيجة المواليد والوفيات.

¹ أستاذ الإحصاء السكاني المساعد ونائب مدير مركز التدريب والدراسات، جامعة صنعاء، اليمن.

II- إشكالية الدراسة

تعد الهجرة الداخلية أحد العوامل الرئيسية المؤثرة على النمو السكاني والتغيرات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية وتوزيع السكان وانتشارهم في المناطق الطاردة للسكان والمناطق الجاذبة لهم، وهي بذلك تحدد ملامح تغير السكان في اتجاهين عكسيين أحدهما في زيادة عدد السكان في المناطق الجاذبة والآخر يتمثل في تناقص عدد السكان في المناطق الطاردة، مما تسبب في اختلاف معدلات النمو السكاني في هذه المناطق، كما أنها تؤدي إلى تغير في التركيب العمري والنوعي لمناطق الطرد السكاني ومناطق الجذب السكاني وهي بذلك تعمل على حدوث خلل خطير في التوازن الاقتصادي والاجتماعي بين سكان هذه المناطق.

III- أهمية الدراسة

تكتسب هذه الدراسة أهميتها عن طريق تقدير احتمال انتقال المهاجرين بين أمانة العاصمة وبقية محافظات الجمهورية اليمنية لمساعدة المشرفين أو الجهة ذات العلاقة على وضع برامج وخطط التنمية لتلبية متطلبات واحتياجات المواطنين التي تهدف برامج التنمية إلى إشباعها والتي لا يمكن قياسها دون أن تأخذ بنظر الاعتبار حجم وخصائص السكان وتركيبهم العمري والنوعي والتغيرات التي تطرأ عليه.

IV- هدف الدراسة

تهدف هذه الدراسة الى تقدير عدد المهاجرين على المستوى الإجمالي وحسب التركيب العمري والنوعي في ضوء احتمالات الانتقال بين أمانة العاصمة وبقية محافظات الجمهورية اليمنية على افتراض عدم وجود هجرة خارج الجمهورية، أي أن المجتمع مغلق بوجه الهجرة الخارجية، حيث يتم استبعاد تأثيرها كما جرت العادة من قبل خبراء الأمم المتحدة عند إجراء الإسقاطات السكانية أو كما اتبعه الجهاز المركزي للإحصاء عند إجراء الإسقاطات السكانية على مستوى الجمهورية على افتراض أن صافي الهجرة مساوياً للصفر (1).

V- الجانب النظري

يستخدم نموذج مكونات التغيير الداخلية للمناطق (المحافظات) (**The Interregional Components of Change Model**) للتعرف على مكونات التغيير الداخلي (عامل المواليد والوفيات والهجرة) بين المحافظات عند معرفة حجم السكان على مستوى المحافظات خلال فترة زمنية معينة وعدد المواليد والوفيات على مستوى المحافظات التي حصلت خلال نفس الفترة الزمنية وعدد المهاجرين بين المحافظات خلال نفس الفترة الزمنية أيضاً.

أما الأساس النظري لهذا الأسلوب فهو نموذج معادلة الموازنة (**Balance-Equation**) الآتية (8):

$$K^{t+1} = K^t + b^t - d^t + n^t \dots\dots\dots (1)$$

حيث أن:

K^{t+1} : عدد السكان في الزمن $t+1$.

K^t : عدد السكان في الزمن t .

b^t : عدد المواليد خلال الفترة الزمنية $(t+1-t)$.

d^t : عدد الوفيات خلال الفترة الزمنية $(t+1-t)$.

n^t : عدد صافي الهجرة خلال الفترة الزمنية $(t+1-t)$.

ومن المتعارف عليه (7) أن نسبة المواليد (**Birth Ratio**) والتي يرمز لها بالرمز β ونسبة الوفيات (**Death Ratio**) والتي يرمز لها بالرمز δ ونسبة صافي الهجرة (**Net Migration Ratio**) والتي يرمز لها بالرمز Ψ تحسب وفق الصيغ الآتية وعلى التوالي (5):

$$\beta = \frac{b^t}{K^t} \quad \Rightarrow \quad b^t = \beta K^t$$

$$\delta = \frac{d^t}{K^t} \quad \Rightarrow \quad d^t = \delta K^t$$

$$\psi = \frac{n^t}{K^t} \quad \Rightarrow \quad n^t = \psi K^t$$

وبالتعويض عن b^t , d^t , n^t على التوالي بما يساويها في العلاقة (1) نحصل على (9):

$$K^{t+1} = K^t + \beta K^t - \delta K^t + \psi K^t \quad \dots\dots\dots (2)$$

$$K^{t+1} = (1 + \beta - \delta + \psi) K^t \quad \dots\dots\dots (3)$$

$$K^{t+1} = gK^t \quad \dots\dots\dots (4)$$

حيث أن:

g : تمثل مضاعف النمو (Growth Multiplier) وتساوي $(1 + \beta - \delta + \psi)$ وباستخدام صيغة المصفوفات والموجهات يمكن إعادة كتابة المعادلة (3) كالآتي (9):

$$K^{t+1} = (I + B - D + N)K^t \quad \dots\dots\dots (5)$$

$$K^{t+1} = GK^t \quad \dots\dots\dots (6)$$

حيث أن:

- K^{t+1} : موجه عمودي ذو مرتبة $(m \times 1)$ عناصره تمثل عدد السكان حسب المحافظات (m) في الزمن $t+1$.
- K^t : موجه عمودي ذو مرتبة $(m \times 1)$ عناصره تمثل عدد السكان حسب المحافظات (m) في الزمن t .
- I : مصفوفة أحادية $(m \times m)$.
- B : مصفوفة قطرية من مرتبة (m) عناصرها غير الصفيرية تمثل نسب المواليد في (m) من المحافظات.
- D : مصفوفة قطرية من مرتبة (m) عناصرها غير الصفيرية تمثل نسب الوفيات في (m) من المحافظات.
- N : مصفوفة قطرية من مرتبة (m) عناصرها غير الصفيرية تمثل نسب صافي الهجرة في (m) من المحافظات.

ومن ملاحظة النموذج المذكور في المعادلة (5)، نرى أنه يمتاز بثابت تأثير الهجرة ويعتمد على صافي الهجرة لكل محافظة أي (الفرق بين عدد المهاجرين المغادرين من المحافظة إلى جميع المحافظات وعدد المهاجرين القادمين من جميع المحافظات إلى تلك المحافظة، وإذا كان القادمين أكبر من المغادرين $(in > out)$ يرمز لصافي الهجرة (+) وإذا كان القادمين أقل من المغادرين $(out > in)$ يرمز لصافي الهجرة بـ (-)).

ولإدخال عامل الهجرة الداخلية في حالته الديناميكية أي الحركية إلى نموذج مكونات التغيير الداخلية للمحافظات نحتاج إلى تعريف لمصفوفة مثل $[P]$ من مرتبة (m) والتي عناصرها ممثلة بـ (P_{ij}) ، $(i, j = 1, 2, \dots, m)$ على التوالي والتي تبين احتمال انتقال مجموعة من السكان من المحافظة i إلى المحافظة j خلال الفترة الزمنية $(t+1-t)$ ⁽¹¹⁾، والموضحة في المصفوفة أدناه.

مصفوفة الاحتمالات الانتقالية [P]

		To				
From	1	2	.....	m	TOTAL
1	P ₁₁	P ₁₂	.....	P _{1m}	1
2	P ₂₁	P ₂₂	.....	P _{2m}	1
:	:	:	:	:	:	
:	:	:	:	:	:	
:	:	:	:	:	:	
m	P _{m1}	P _{m2}	.....	P _{mm}	1

وعليه من العلاقة (5) بعد إضافة [P] نحصل على الآتي:

$$K^{t+1} = (B - D + P')K^t \dots\dots\dots (7)$$

$$K^{t+1} = GK^t \quad , \quad G = (B - D + P') \dots\dots\dots (8)$$

ويمتاز النموذج أعلاه باستخدام مصفوفة ماركوف (Markov Matrix) للتعرف على احتمالات الهجرة بين المحافظات وافترض عدم ثبات عدد المهاجرين من المحافظات وإنما يتغير العدد تبعاً لتغير عدد سكان المحافظات⁽⁶⁾.

والعلاقة (8) لـ (m) من المحافظات يمكن إعادة كتابتها لمحافظةتين أو منطقتين (عندما m = 2) كالآتي⁽¹⁰⁾:

$$\begin{bmatrix} K^{t+1}_1 \\ K^{t+1}_2 \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} G_{11} & G_{21} \\ G_{12} & G_{22} \end{bmatrix} \begin{bmatrix} K^t_1 \\ K^t_2 \end{bmatrix} \dots\dots (9)$$

حيث أن:

- G_{11} : تمثل $(B_1 - D_1 + P_{11})$.
- P_{11} : احتمال بقاء السكان في المحافظة (1).
- D_1 : نسبة الوفيات في المحافظة (1).
- B_1 : نسبة المواليد في المحافظة (1).
- G_{21} : احتمال انتقال مجموعة من السكان من المحافظة (2) إلى المحافظة (1) ويمثل P_{21} في مصفوفة الانتقال $[P]$.
- G_{22} : تمثل $(B_2 - D_2 + P_{22})$.
- P_{22} : احتمال بقاء السكان في المحافظة (2).
- D_2 : نسبة الوفيات في المحافظة (2).
- B_2 : نسبة المواليد في المحافظة (2).
- G_{12} : احتمال انتقال مجموعة من السكان من المحافظة (1) إلى المحافظة (2) ويمثل P_{12} في مصفوفة الانتقال $[P]$.

النموذج (9) المذكور أعلاه يستخدم لتقدير عدد المهاجرين بين أمانة العاصمة (Region 1) وبقية محافظات الجمهورية (Region 2) عند معرفة عدد السكان في ثلاثة نقاط زمنية (سنة الأساس أو سنة التعداد وسنتين متتاليتين ويكون عدد السكان فيهما تقديري).

أما في حالة تقدير عدد المهاجرين بين منطقتين (محافظتين) خلال فترة زمنية معينة فإنه يتم توسيع النموذج (9) كالاتي⁽⁹⁾:

$$K^{t+1} = GK^t + \varepsilon^t \quad \dots\dots\dots (10)$$

وباستخدام صيغة نموذج الانحدار الخطي يمكن إعادة كتابة النموذج (10) كالاتي:

$$Y = Xg + \varepsilon \quad \dots\dots\dots (11)$$

حيث أن:

$$Y = \begin{bmatrix} Y_1 \\ Y_2 \end{bmatrix} \quad g = \begin{bmatrix} g_1 \\ g_2 \end{bmatrix} \quad \varepsilon = \begin{bmatrix} \varepsilon_1 \\ \varepsilon_2 \end{bmatrix}$$

$$X = \begin{bmatrix} X_1 & 0 \\ 0 & X_2 \end{bmatrix} \quad X_1 = X_2$$

النموذج أعلاه يمكن توضيحه بشكل أكثر تفصيلاً كما يلي:

$$Y_{2n,1} = \begin{bmatrix} K^{t+1}_1 \\ K^{t+2}_1 \\ \vdots \\ K^{t+n}_1 \\ \dots\dots\dots \\ K^{t+1}_2 \\ K^{t+2}_2 \\ \vdots \\ K^{t+n}_2 \end{bmatrix}, \quad g_{2^2,1} = \begin{bmatrix} g_{11} \\ g_{21} \\ \dots\dots\dots \\ g_{22} \\ g_{12} \end{bmatrix}, \quad \varepsilon_{2n,1} = \begin{bmatrix} \varepsilon_{11} \\ \varepsilon_{12} \\ \vdots \\ \varepsilon_{1n} \\ \dots\dots\dots \\ \varepsilon_{21} \\ \varepsilon_{22} \\ \vdots \\ \varepsilon_{2n} \end{bmatrix}$$

$$\mathbf{X}_{2n,2^2} = \begin{bmatrix} \mathbf{K}_1^t & \mathbf{K}_2^t & 0 & 0 \\ \mathbf{K}_1^{t+1} & \mathbf{K}_2^{t+1} & 0 & 0 \\ \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \\ \mathbf{K}_1^{t+n-1} & \mathbf{K}_2^{t+n-1} & 0 & 0 \\ \hline 0 & 0 & \mathbf{K}_1^t & \mathbf{K}_2^t \\ 0 & 0 & \mathbf{K}_1^{t+1} & \mathbf{K}_2^{t+1} \\ \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \\ 0 & 0 & \mathbf{K}_1^{t+n-1} & \mathbf{K}_2^{t+n-1} \end{bmatrix}$$

ويتم تقدير معالم النموذج ($\hat{\mathbf{g}}$) باستخدام طريقة المربعات الصغرى (OLS) كالاتي⁽⁹⁾:

$$(\hat{\mathbf{g}}) = (\mathbf{X}' \mathbf{X})^{-1} \mathbf{X}' \mathbf{Y}$$

بينما يتم تكوين مصفوفة النمو $[\hat{\mathbf{G}}]$ من المعلمات المقدرة والتي تمثل احتمال الانتقال السنوي خلال الفترة الزمنية المدروسة بالإضافة إلى نسب المواليد والوفيات وكالاتي:

$$\hat{\mathbf{G}} = \begin{bmatrix} \hat{g}_{11} & \hat{g}_{21} \\ \hat{g}_{12} & \hat{g}_{22} \end{bmatrix}$$

VI- الجانب التطبيقي

تعتمد عملية التقدير بعدد المهاجرين بين أمانة العاصمة وبقية محافظات الجمهورية خلال الفترة (1994-2005) باستخدام النموذج (11) على تكوين

مصفوفة النمو $[G^{\hat{}}$ وذلك بالاعتماد على بيانات تقديرية لعدد السكان في أمانة العاصمة وبقية محافظات الجمهورية خلال الفترة (1994-2005) والتي تم الحصول عليها من الدراسة⁽²⁾ التي قام بها الجهاز المركزي للإحصاء عن الإسقاطات السكانية على مستوى المحافظات اليمنية والمبينة في الجدول (1).

جدول رقم (1)

تقديرات عدد سكان أمانة العاصمة وبقية محافظات الجمهورية
خلال الفترة (1994-2005) (ألف نسمة)

السنة	عدد سكان أمانة العاصمة	عدد سكان بقية محافظات الجمهورية
1994	972	13887
1995	1045	14324
1996	1120	14795
1997	1200	15282
1998	1284	15787
1999	1373	16303
2000	1466	16834
2001	1562	17370
2002	1665	17942
2003	1775	18553
2004	1893	19188
2005	2014	19837

المصدر: الجمهورية اليمنية، الجهاز المركزي للإحصاء، (الإسقاطات السكانية للجمهورية اليمنية للتقسيمات الإدارية والجغرافية للفترة (1994-2005))، صنعاء، 1996.

وباستخدام البيانات الواردة في الجدول (1)، يمكن كتابة النموذج (11) بشكله التفصيلي كالآتي:

$$\begin{array}{c}
 \mathbf{Y} = \\
 22.1
 \end{array}
 \begin{bmatrix}
 1045 \\
 1120 \\
 1200 \\
 1284 \\
 1373 \\
 1466 \\
 1562 \\
 1665 \\
 1775 \\
 1893 \\
 2014 \\
 14324 \\
 14795 \\
 15282 \\
 15787 \\
 16303 \\
 16834 \\
 17370 \\
 17942 \\
 18553 \\
 19188 \\
 19837
 \end{bmatrix}
 \begin{array}{c}
 ,\mathbf{X} = \\
 22.4
 \end{array}
 \begin{bmatrix}
 972 & 13887 & 0 & 0 \\
 1045 & 14324 & 0 & 0 \\
 1120 & 14795 & 0 & 0 \\
 1200 & 15282 & 0 & 0 \\
 1284 & 15787 & 0 & 0 \\
 1373 & 16303 & 0 & 0 \\
 1466 & 16834 & 0 & 0 \\
 1562 & 17370 & 0 & 0 \\
 1665 & 17942 & 0 & 0 \\
 1775 & 18553 & 0 & 0 \\
 1893 & 19188 & 0 & 0 \\
 0 & 0 & 972 & 13887 \\
 0 & 0 & 1045 & 14324 \\
 0 & 0 & 1120 & 14795 \\
 0 & 0 & 1200 & 15282 \\
 0 & 0 & 1284 & 15787 \\
 0 & 0 & 1373 & 16303 \\
 0 & 0 & 1466 & 16834 \\
 0 & 0 & 1562 & 17370 \\
 0 & 0 & 1665 & 17942 \\
 0 & 0 & 1775 & 18553 \\
 0 & 0 & 1893 & 19188
 \end{bmatrix}$$

وبحل النموذج بطريقة المربعات الصغرى، تم الحصول على مصفوفة النمو
[Ĝ] الآتية:

$$\hat{G} = \begin{bmatrix} 0.732818 & 0.023772 \\ 0.020705 & 1.030099 \end{bmatrix}$$

ومن مصفوفة النمو [Ĝ] أعلاه يتبين أن:

$g_{21} = (0.023772)$ ويمثل احتمال الهجرة السنوي من بقية محافظات الجمهورية إلى أمانة العاصمة.

$g_{12} = (0.020705)$ ويمثل احتمال الهجرة السنوي من أمانة العاصمة إلى بقية محافظات الجمهورية.

وبناءً على ما تقدم، يمكن معرفة تقديرات عدد المهاجرين بين أمانة العاصمة وبقية محافظات الجمهورية وذلك بالاعتماد على احتمالات الانتقال وتقديرات عدد السكان الواردة في الجدول (1)، كما يتضح ذلك في الجدول (2).

جدول رقم (2)

تقديرات عدد المهاجرين من أمانة العاصمة إلى بقية محافظات الجمهورية وعدد المهاجرين من بقية محافظات الجمهورية إلى أمانة العاصمة خلال الفترة (1994-2005) * (ألف نسمة)

السنة	عدد المهاجرين من أمانة العاصمة إلى بقية محافظات الجمهورية	عدد المهاجرين من بقية محافظات الجمهورية إلى أمانة العاصمة
1994	20.125	330.122
1995	21.637	340.510
1996	23.190	351.707
1997	24.846	363.284
1998	26.585	375.289
1999	28.428	387.555
2000	30.354	400.179
2001	32.341	412.920
2002	34.474	426.517
2003	36.751	441.042
2004	39.195	456.137
2005	41.700	471.565

* حسب معرفة الباحث

بينما تم الحصول على تقديرات عدد المهاجرين حسب النوع (ذكور وإناث) على التوالي بين أمانة العاصمة وبقية محافظات الجمهورية خلال الفترة (1994-2005) والموضحة في الجدول رقم (3) عن طريق عملية ضرب البيانات المقدره الواردة في الجدول رقم (2) في نسبي عدد المهاجرين حسب النوع (59.7%، 40.3)⁽³⁾. على التوالي من إجمالي المهاجرين للهجرة الداخلية على مستوى الجمهورية حسب تعداد 1994م.

جدول (3)

تقديرات عدد المهاجرين حسب النوع بين أمانة العاصمة وبقية محافظات الجمهورية خلال الفترة (1994-2005) * (ألف نسمة)

السنة	عدد المهاجرين حسب النوع من أمانة العاصمة إلى بقية محافظات الجمهورية		عدد المهاجرين حسب النوع من أمانة العاصمة إلى بقية محافظات الجمهورية	
	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور
1994	133.039	197.083	8.110	12.015
1995	137.226	203.284	8.720	12.917
1996	141.738	209.969	9.346	13.844
1997	146.403	216.881	10.013	14.833
1998	151.241	224.048	10.714	15.871
1999	156.185	231.370	11.456	16.972
2000	161.272	238.907	12.233	18.121
2001	166.407	246.513	13.033	19.308
2002	171.886	254.631	13.893	20.581
2003	177.740	263.302	14.811	21.940
2004	183.823	272.314	15.796	23.399
2005	190.041	281.524	16.805	24.895

* حسب معرفة الباحث.

في حين تم الحصول على تقديرات عدد المهاجرين حسب التركيب العمري والنوعي بين أمانة العاصمة وبقية محافظات الجمهورية خلال الفترة

(1994 - 2005) والموضحة في الجدولين رقم (4)، و(5)، وذلك عن طريق عملية ضرب البيانات المقدره الواردة في الجدول رقم (3) في البيانات الواردة في جدول التوزيع النسبي لعدد المهاجرين حسب التركيب العمري والنوعي على مستوى الجمهورية - تعداد 1994 والموضحة في الملحق رقم (1).

VII - النتائج والتوصيات

1-7 النتائج

- أظهرت الدراسة أن طريقة مكونات التغيير الداخلية للمناطق (المحافظات) (**The Interregional Component of Change Model**) من الطرق غير المباشرة والفعالة لتقدير احتمالات الانتقال بين المحافظات خلال فترة زمنية معينة.

- بينت الدراسة من خلال نتائج الجداول رقم (2) و(3) و(5)، أن أمانة العاصمة تشكل منطقة جذب لعدد كبير من المهاجرين على المستوى الإجمالي وحسب التركيب العمري والنوعي من بقية محافظات الجمهورية ويرجع سبب ذلك إلى أن أمانة العاصمة هي العاصمة التاريخية والسياسية لليمن الموحد، إذ انتقل إليها عدد من الكوادر مع أسرهم قبل وبعد قيام الوحدة المباركة في 22 مايو 1990م والتي شكلت منعطفاً مهماً في حجم واتجاهات الهجرة الداخلية في الجمهورية اليمنية، إذ اختفت حواجز العزلة التي فرضت على أبناء الوطن الواحد مما أدى إلى زيادة حركة السكان بين المحافظات وزيادة حجم الهجرة الداخلية وخاصة نحو أمانة العاصمة، التي شكلت مركز جذب للمهاجرين من بقية محافظات الجمهورية لما لها من مميزات مثل: توفر فرص العمل والخدمات.

وجدير بالذكر هنا أن العدد الكبير من المهاجرين إلى أمانة العاصمة من بقية المحافظات لم يتأتى من السبب المشار إليه أعلاه فحسب وبإل كان وليد أحداث

وظروف استثنائية ومتغيرات ديموغرافية كبيرة نجمت عن عودة اليمنيين العاملين في دول الخليج العربي عام 1991/1990 نتيجة لأزمة الخليج الثانية، الأمر أدى إلى تحول واضح في اتجاهات الهجرة في اليمن من الهجرة الخارجية إلى الهجرة الداخلية.

وعليه إن الهجرة الوافدة بحجمها المتزايد إلى أمانة العاصمة من باقي محافظات الجمهورية، إذا لم يكن مخططاً لها مسبقاً من قبل القائمين (الجهات ذات العلاقة) على وضع برامج وخطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية فإنها سوف تكون السبب الرئيسي لإعاقة برامج وخطط التنمية وتنفيذها بالصورة الصحيحة من خلال آثارها السلبية وانعكاساتها على الأوضاع الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية لكل من أمانة العاصمة وباقي محافظات الجمهورية.

7-2 التوصيات

انتهت الدراسة إلى التوصيات التالية:

- استخدام نموذج مكونات التغير الداخلية للمناطق (المحافظات) لتقدير عدد المهاجرين بين المحافظات وذلك لأخذ عامل الهجرة الداخلية بنظر الاعتبار عند وضع خطط التنمية المستقبلية على مستوى المحافظات من قبل الجهات ذات العلاقة.
- السعي لتضييق الفجوة بين الريف والحضر في شتى المجالات لتلافي الآثار السلبية المترتبة عن الهجرة الداخلية وذلك عن طريق قيام تنمية شاملة ومتوازنة في مختلف محافظات الجمهورية.
- التخطيط المسبق للهجرة الداخلية وآثارها على الأوضاع الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في المدن وبالذات في المدن الرئيسية لاستيعاب أي زيادة سكانية فيها إضافة إلى توفير الخدمات الضرورية لتخفيف آثارها على مستوى الحضر وعلى نمط الحياة العامة في المدن.

المراجع:

المراجع باللغة العربية:

- الجمهورية اليمنية، الجهاز المركزي للإحصاء، (الإسقاطات السكانية في الجمهورية اليمنية للفترة "1994-2031")، صنعاء، 1996.
- الجمهورية اليمنية الجهاز المركزي للإحصاء، (الإسقاطات السكانية للجمهورية اليمنية للتقسيمات الإدارية والجغرافية للفترة "1994-2005")، صنعاء، 1996.
- الجمهورية اليمنية، الجهاز المركزي للإحصاء، (الهجرة الداخلية في اليمن اتجاهاتها- خصائصها)، صنعاء، 1996.
- زيني عبد الحسين والقيسي عبد الحليم، (الإحصاء السكاني)، مطابع دار الحكمة للطباعة والنشر، بغداد، 1990.

المراجع باللغة الأجنبية:

- Benjamin, B., Haycocks, H.W., (1970), "The Analysis of Mortality & Other Acuarial Statistics", Cambridge,.
- Isserman, A., & others, (1985), "Forecasting Interstate Migration with Limited Data a Demographic – Economic", JASA. Vol.80, No. 390, Jun.
- Kfitz, Nathan, (1977), "Applied Mathematical A Demography", John wily & Sons.
- Pollard, J.H., (1973), "Mathematical Models for Growth of Human Population", Cambridge.

- Rogers, A., (1968), **“Matrix Analysis of Interregional Population Growth & Distribution”**, University of California Press.
- Rogers, A., (1977), **“Matrix Method in Urban and Regional Analysis”**, San Francisco.
- Rogers, A., (1984), **“Migration Urbanization & Spatial Population.**

الملحق رقم (1)

جدول التوزيع النسبي لعدد المهاجرين حسب التركيب العمري والنوعي على مستوى الجمهورية - تعداد 1994م.

عدد المهاجرين		الفئة العمرية العشرية
إناث	ذكور	
17.59	12.42	9 - 0
24.72	22.81	19 - 10
20.74	24.24	29 - 20
17.03	19.08	39 - 30
9.09	11.06	49 - 40
5.18	5.50	59 - 50
3.12	2.85	69 - 60
1.58	1.27	79 - 70
0.98	0.77	80 +

المصدر: الجمهورية اليمنية، الجهاز المركزي للإحصاء (الهجرة الداخلية في اليمن اتجاهاتها - خصائصها) 1996م، صنعاء.

الملحق رقم (2)

جدول (5)

تقديرات عدد المهاجرين حسب التركيب العمري والنوعي
من بقية محافظات الجمهورية إلى أمانة العاصمة خلال الفترة (1994-1999)*
(ألف نسمة)

1999		1998		1997		1996		1995		1994		الفئة العمرية
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
27.472	28.736	26.603	27.826	25.752	26.936	24.931	26.0781	24.139	25.24	23.401	24.477	9-0
38.608	52.775	37.386	51.105	36.190	49.470	35.037	47.893	33.922	46.276	32.887	44.954	19-10
32.392	56.084	31.367	54.309	30.363	52.571	29.396	50.896	28.460	49.276	27.592	47.772	29-20
25.756	44.195	25.750	42.748	24.932	41.390	24.137	40.062	23.362	38.732	22.656	37.603	39-30
14.197	25.589	13.747	24.779	13.308	24.318	12.883	23.222	12.47	22.483	12.093	21.797	49-40
8.090	12.725	7.834	12.322	7.583	12.093	7.342	11.548	7.150	11.180	6.891	10.839	59-50
4.872	6.594	4.718	6.385	4.718	6.385	4.422	5.984	4.20	5.703	4.150	5.6168	69-60
2.467	2.938	2.389	2.845	2.389	2.845	2.239	2.600	2.162	2.581	2.102	2.502	79-70
1.530	1.781	1.482	1.725	1.482	1.725	1.434	1.669	1.343	1.565	1.303	1.517	80 +

* حسب معرفة الباحث.

الملحق رقم (3)

جدول (6)

تقديرات عدد المهاجرين حسب التركيب العمري والنوعي
من بقية محافظات الجمهورية إلى أمانة العاصمة خلال الفترة (2000-2005)*
(ألف نسمة)

2005		2004		2003		2002		2001		2000		الفئة العمرية
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
33.428	34.965	32.336	33.821	31.264	32.702	30.234	31.625	29.270	30.616	28.361	29.672	9-0
46.978	64.215	45.441	62.114	43.437	60.051	42.490	58.081	41.135	56.229	39.866	54.4910	19-10
39.414	68.291	38.124	66.008	36.863	63.829	35.649	61.722	34.512	59.754	33.329	57.911	29-20
32.363	53.714	31.305	51.957	30.269	50.230	29.272	48.581	28.339	45.034	27.464	45.583	39-30
17.271	31.163	16.709	30.117	16.156	29.121	15.624	28.162	15.624	27.269	15.624	26.423	49-40
9.844	15.483	9.522	14.997	9.206	14.981	8.903	14.004	8.619	13.558	8.359	13.558	59-50
5.812	8.023	5.730	7.760	5.545	7.509	5.362	7.256	5.201	7.025	5.201	7.025	69-60
3.002	3.575	2.904	3.458	2.808	3.343	2.715	3.233	2.629	3.130	2.629	3.130	79-70
1.862	2.167	1.801	2.096	1.741	2.027	1.684	1.960	1.630	1.898	1.630	1.898	80 +

* حسب معرفة الباحث.

الاتجاهات الإقليمية للوفيات

جريدة عميرة¹

I- مقدمة

لقد كان انتشار الأمراض والأوبئة والمجاعات والحروب في الأزمنة السابقة سببا في التزايد الضئيل لسكان العالم، إذ قدر عددهم قبل الميلاد، ما بين 5-10 مليون نسمة بكثافة سكانية مقدرة بحوالي 15 نسمة لكل 250 كلم² في المناطق التي تحتوي على المناخ الجيد، ومع بداية الميلاد ارتفع عددهم ليصل 250 مليون نسمة، (Jean-Marie Poursin, 1976). كما كانت الزيادة السكانية ضعيفة في القرون الأولى والوسطى من الميلاد، فحوالي 25% من سكان أوروبا توفوا بسبب الطاعون الأسود والمجاعة بين 1348-1350.

إن المرض والجوع كان لهما الدور الأول في تحديد الزيادة السكانية في الماضي، فلقد انخفض عدد سكان أوروبا بنسبة 40% ما بين سنتي 1400-1348. لهذا لم يحدث التضاعف الأول لسكان العالم إلا في سنة 1650 حين بلغ عددهم حوالي 500 مليون نسمة، (Jean-Marie Poursin, 1976).

فكانت معدلات الوفيات وخاصة وفيات الرضع مرتفعة جدا حتى مطلع القرن السابع عشر، ولم تبدأ في الهبوط إلا مع بداية حركة التصنيع الكبرى التي اجتاحت غرب أوروبا، وانتشرت منها فيما بعد إلى سائر أنحاء أوروبا والعالم ككل.

لهذا مع حلول القرن العشرين قدر سكان العالم بحوالي 1,5 مليار نسمة، ليلبغ 6 ملايين نسمة عند نهايته، بزيادة بلغت مليار نسمة خلال 12 سنة الأخيرة

¹ أستاذة محاضرة، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة الجزائر 2.

فقط، نصفهم دون سن الخامسة والعشرين كما أن أكثر من مليار تتراوح أعمارهم بين 15-24 سنة، (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1999).

وفي خضم الثلاثين سنة المقبلة يحتمل أن يصل عددهم إلى 7.9 مليار نسمة بمعدل نمو سكاني 0,8%، (FNUAP, 1999).

حدثت هذه الزيادة بجنوب الصحراء الكبرى في إفريقيا، وغرب آسيا، وهي البلدان التي تعرف الزواج المبكر والمتعدد. في المقابل نجد اليوم الناس يعيشون حياة أطول وأكثر صحة مما كان عليه الحال في أي وقت مضى على الإطلاق. فقد أحدثت الأدوية الحديثة والتحسين في المستوى المعيشي انخفاضا مستمرا في معدلات الوفيات على الصعيد العالمي خاصة عند الأطفال الرضع منذ عام 1950 فارتفع متوسط العمر المتوقع عند الميلاد.

فمنذ عام 1950 انخفضت معدلات الوفيات بمقدار النصف في العالم أي من 20% إلى أقل من 9%، وفي الوقت ذاته ارتفع العمر المتوقع للميلاد على المستوى العالمي من 46 سنة إلى 68 سنة، كما انخفضت معدلات وفيات الأطفال الرضع بمقدار الثلثين 3/2 أي من 155% إلى 47%، وتتوقع إسقاطات خبراء السكان للأمم المتحدة أن ينخفض هذا المعدل بمقدار 3/2 مرة أخرى مع حلول عام 2050، (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1999). وهذا نتيجة الاكتشافات الطبية الحديثة من الأدوية والتلقيحات وانتشار الوعي،... إلخ.

أولا- اتجاهات الوفيات في الدول المصنعة

عرفت الدول المتقدمة قبل الثورة الصناعية ارتفاعا كبيرا في معدل الوفيات الخام ومعدل وفيات الأطفال الرضع، مما نتج عنه نمو سكانيا بطيئا، فأوروبا في العصور السالفة كانت عرضة للأوبئة والمجاعات والحروب فمثلا في سنة 1665

قدر عدد ضحايا الطاعون بلندن لوحدها 100 ألف ضحية بمثابة 4/1 سكان المدينة (Renhard Marcel, 1968).

إن مرض الطاعون هو أشد ما قضى على سكان أوروبا بين سنتي 1348-1350، إذ بلغ عدد ضحاياه ما بين 20-25%. ثم تليه المجاعة حيث قضت مجاعة 1400 على حوالي 60% من سكانها، فإنجلترا التي كان يبلغ عدد سكانها 3.700.000 نسمة عشية ظهور مرض الطاعون الأسود أصبحت لا تتعدى 2.100.000 سنة 1380. وقبل قرن من هذا لم يكن يصل سن البلوغ فيها سوى 3/1 الأطفال المواليد، (زيدان عبد الباقي، 1978).

إن الحالة المزرية التي كان يعيشها المجتمع الأوروبي والأمريكي في كل جوانبها (الاجتماعية، الاقتصادية، الصحية) أثر على معدل الوفيات الخام في منتصف القرن 18 حيث بلغ 35‰، مما نتج عنه انخفاض العمر المتوقع عند الميلاد إلى حوالي 25 سنة فقط (جاك فلان، 1991)، ففي فرنسا مثلاً بلغ معدل الولادات في القرن 18 ما بين 40-50‰ لكن من بين 7 أطفال أحياء أنجبتهم المرأة الفرنسية آنذاك لم يكن يصل إلا اثنان لسن الزواج (Edward Bonnefous, 1968).

ومع حلول الثورة الفرنسية والثورة الصناعية في منتصف القرن الثامن عشر بدأت معدلات الوفيات في الانخفاض لتصل في العقدين الأخيرين منه إلى ما دون الثلاثين، فمثلاً إنجلترا انتقل بها هذا المعدل من 33‰ ما بين سنتي 1745-1750 إلى 30‰ ما بين سنتي 1761-1770، أما في فرنسا فلقد انخفض هذا المعدل إلى ما دون الثلاثين مع بداية القرن التاسع عشر إذ كان يقدر بحوالي 32,2‰ ما بين 1791-1795 ليبلغ 26,6‰ ما بين سنتي 1806-1810، وكان هذا مؤشراً على بداية المرحلة الثانية للتحول الديمغرافي. إلا أن معدل وفيات الأطفال

الرضع لم يكن انخفاضه محسوسا خلال هذه الفترة حيث بلغ في فرنسا سنة 1810، 187% ليصل إلى 167% سنة 1913، (Renhard Marcel, 1968).

بدأ الانخفاض التدريجي في معدل وفيات الأطفال الرضع منذ انتشار الثورة الصناعية كذلك، لما أدخلته من تحسينات لاكتشاف اللقاح ضد الجراثيم. كل هذا أدى إلى تقليص عدد وفيات الرضع وتمديد العمر المتوقع عند الميلاد حيث انتقل من 41 سنة، سنة 1840 إلى 50 سنة، سنة 1900، (Tapinos George, 1985).

فقد شهد القرن 19 تقدما كبيرا في ميدان الصحة والعلاج، فإسهامات باستور الذي بفضلها تم تأسيس علم البكتيريا أنقذت آلاف الأرواح باكتشافه لقاح جرثومة التقييد والدفتيريا والتيتانوس والكوليرا. إلا أن انتشارها عبر العالم كان بطيئا لصعوبة المواصلات.

ومع بداية القرن العشرين والتطور الكبير الذي عرفه كل من علم البكتيريا والجراحة والصيدلة انخفض معدل الوفيات كثيرا بالدول المصنعة. إذ بلغ سنة 1928، 16,5% في إنجلترا و11,6% في ألمانيا، (Edward Bonnefous, 1968).

وعلى العموم انخفض معدل الوفيات الخام في الدول المصنعة في المتوسط من 12% سنة 1960 إلى 9% مع حلول عام 2007. وتبقى الأعمار المتقدمة هي التي تغلب على هذا المعدل. ونفس الشيء بالنسبة لوفيات الأطفال الرضع، فقد عرف هذا المعدل هو الآخر انخفاضا هاما في النصف الثاني من القرن الماضي حيث انتقل في المتوسط من 20% سنة 1960 إلى 5% سنة 2007.

وبهذا استطاعت الدول المصنعة كأوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا ونيوزيلندا، تحقيق ثبات في متوسط أعمار أفرادها كما هو مبين من الجدول التالي:

جدول رقم (1)

تطور معدلات الوفيات والعمر المتوقع عند الميلاد في الدول المتقدمة بين 1960-2007.

العمر المتوقع عند الميلاد				معدل وفيات الرضع				معدل وفيات الطفولة 5-0 سنوات				معدل الوفيات الخام				البلدان
* 2007	* 1998	* 1992	* 1960	* 2007	* 1998	* 1992	* 1960	* 2007	* 1998	* 1992	* 1960	* 2007	* 1998	* 1992	* 1960	
79	77	76	70	4	6	9	31	5	6	11	35	10	10	11	12	بلجيكا
78	77	76	70	7	7	9	26	8	8	10	30	8	8	9	9	و.م.أ.
-	78	76	71	-	5	8	22	-	6	10	26	-	8	8	9	نيوزيلندا
81	78	77	69	3	6	8	44	4	6	9	50	10	10	10	10	إيطاليا
81	78	77	69	4	6	8	46	4	6	9	57	9	9	9	9	إسبانيا
79	78	77	69	3	6	8	53	5	7	9	64	7	10	10	8	اليونان
80	77	76	69	4	5	7	37	4	5	9	43	9	10	11	12	النمسا
81	78	77	70	4	5	7	29	4	5	9	34	9	9	10	12	فرنسا
82	78	78	71	4	5	7	22	5	5	9	27	8	9	10	10	سويسرا
79	77	76	70	4	5	7	34	4	5	8	40	11	11	11	12	ألمانيا
81	79	77	71	5	6	7	28	6	6	8	33	7	7	8	8	كندا
81	79	78	73	3	4	6	16	3	4	7	20	10	11	11	10	السويد
-	78	77	71	-	5	7	20	-	5	9	24	-	8	8	9	أستراليا
83	80	79	68	3	4	4	31	4	4	6	40	9	8	7	8	اليابان
-	67	69	-	-	21	28	-	-	25	32	-	-	14	12	-	روسيا
79	77	76	6	5	7	7	23	6	6	9	27	10	11	11	12	المملكة المتحدة

المصدر:

UNICEF, La situation des enfants dans le monde 1994, Genève, S.D.

*اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 2000، جنيف، دون ذكر السنة.

**اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 2009، جنيف، دون ذكر السنة.

كما نلاحظ من الجدول أن معدل وفيات الأطفال الرضع انخفض جدا في النصف الثاني من القرن الماضي وأصبح يقارب المعدل الخام للوفيات. وهذا نتيجة ارتفاع نسبة المحصنين من الأطفال في عمر سنة كاملة. فقد بلغت نسبة المحصنين من الأطفال ما بين سنتي 1995-1998 بالنسبة للثلاثي DTC 94% و شلل الأطفال 90% والحصبة 89%، (منصر الرويسي وآخرون، 1988).

كما انخفضت بها نسبة الأطفال ذوي الوزن المنخفض حيث بلغت 7% سنة 2007، (اليونيسيف. وضع الأطفال في العالم 2009)، وارتفعت نسبة النساء اللواتي وضعن تحت إشراف كادر طبي مؤهل إلى 99%، (منصر الرويسي وآخرون، 1988).

فالسويد التي كانت الرائدة في انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع انتهجت سياسة صحية صارمة، تضمنت برنامج لمكافحة هذا النوع من الوفيات، بالتأمين الاجتماعي الذي يتكفل بصحة الأم منذ بلوغها سن 16 سنة، وكذا رفع الدخل الوطني الخام الذي يعتبر من أعلى مستوياته في العالم.

كما قامت فرنسا بمجهودات كبيرة للوقاية من وفيات الأطفال الرضع منذ بداية السبعينات، إذ منحت وخصصت ميزانية ضخمة لهذا فحسنت الطاقم الطبي، ورفعت نسبة التلقيح ضد الأمراض المعدية، وشدت المراقبة الطبية على الأم أثناء الحمل والوضع، إضافة إلى هذا وضعت عدة تشريعات موجهة لحماية الأم الحامل منها.

- تأسيس مراكز حماية الأمومة والطفولة.
- إجبارية الفحص قبل وبعد الولادة.
- وضع قانون يسمح بالإجهاض.

ونظرا للتقدم الطبي الذي وصلت إليه فرنسا وانتشار الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية مع تحسين المستوى المعيشي للأفراد، انخفض فيها معدل وفيات الأطفال الرضع من 29% سنة 1960 إلى 4% سنة 2007، وهذا يعكس ما توفره هذه الدول من رعاية صحية للأمهات والأطفال من خلال شبكة كثيفة للخدمات الصحية.

ومن الطبيعي أن ينعكس أثر انخفاض معدلات الوفيات على ارتفاع العمر المتوقع عند الميلاد للأفراد، إذ بلغ 79 سنة في 2007. ومن الأسباب أيضا ارتفاع دخل الفرد من الناتج القومي الإجمالي الذي بلغ في سنة 2007 في مجمل دول العالم \$7952 كان منه \$38579 للبلدان المصنعة و\$2405 فقط في الدول النامية و\$491 في البلدان الأقل نموا. (اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 2009).

لقد أصبحت الفروق تتنامى من سنة إلى أخرى بين هذه الدول، حيث ارتفعت فجوة الدخل بين الخمس الأكثر غنى والخمس الأكثر فقرا في العالم من 1,3 سنة 1960 إلى 1,74 سنة 1997، (اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 2009)، (منصر الرويسي وآخرون، 1988)، مما أدى إلى ظهور عدة اختلالات في البنى الاقتصادية والاجتماعية انعكست على سكان العالم، جزء منها يحتوي على ثروة ضخمة ومعدلات منخفضة للوفيات، وجزء آخر فقير ويعرف أكبر معدلات للوفيات.

أما عن معدلات وفيات الأعمار الكبرى فلقد عرفت هي الأخرى انخفاضا، لكن انخفاضها كان محدودا وفي بعض الأحيان اتجهت إلى الارتفاع بسبب انخفاض الوفيات في الأعمار الأولى، وهذا لارتفاع نسبة الأمراض المستعصية في النصف الثاني من عمر الإنسان كمرض السرطان، الأوعية الدموية والقلب.

أما بخصوص الوفيات في الأعمار الوسطى من الحياة، تبقى حوادث المرور عقبة في تخفيض الوفيات عند الشباب، كذلك انتشار العامل القاتل فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز.

ونجد في كثير من البلدان التي بذلت جهودا جبارة للتحكم في الأمراض كما هو الشأن في شمال غرب أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية وكندا، أستراليا ونيوزيلندا، أن أمراض القلب والسرطان والأوعية الدموية تأتي على رأس قائمة أسباب الوفيات بها. ومما هو جدير بالملاحظة أن الملاريا، الأمراض المعدية والطفيلية، السل والتهاب الرئة لا تأتي ضمن الأسباب الثلاثة الأولى للوفاة في هذه الدول.

ثانيا- اتجاهات الوفيات في الدول النامية.

عرفت الدول النامية فترة طويلة اجتاحت فيها الأوبئة والمجاعات والحروب معظم أنحاءها مما أدى إلى وفاة العديد من سكانها. وأول انخفاض لها كان ما بين 1910- 1930 في بعض دول أمريكا اللاتينية كالأرجنتين والشيلي والأروغواي والمكسيك وكوستاريكا وكوبا. وثاني انخفاض مس كل دول العالم النامي بعد الحرب العالمية الثانية نتيجة التقدم الطبي والتعاون الدولي في تنسيق الخبرات لمكافحة الأوبئة، وكذا إحساس حكوماتها بمسؤولياتها تجاه مواطنيها إذ رفعت الميزانية الخاصة بالعلاج والوقاية.

جدول رقم (2)

تطور معدل الوفيات الخام والعمر المتوقع عند الولادة ما بين 1970-2007.

العمر المتوقع عند الولادة			معدل وفيات الأطفال			معدل الوفيات الخام			المناطق
**2007	* 998	*1970	**2007	*1998	1960	**2007	*1998	*1970	
50	48	44	89	107	154	15	16	21	بلدان إفريقيا جنوب الصحراء
69	66	52	36	51	154	6	7	17	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا
64	62	48	59	76	146	8	9	18	جنوب آسيا
72	69	58	22	38	133	7	7	11	شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي
73	69	60	22	32	105	6	6	10	أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي
68	69	66	22	29	76	12	11	9	البلدان المستقلة حديثا ودول البلقان
68	62	53	51	64	137	8	9	14	البلدان النامية
55	50	43	84	107	171	12	15	22	البلدان الأقل نموا
68	64	56	47	59	123	9	9	12	العالم

المصدر: اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 1998، جنيف، دون ذكر السنة، ص 113.

* اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 2002، جنيف، دون ذكر السنة، ص 103.

** اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 2009، جنيف، دون ذكر السنة، ص 118-140.

يبين الجدول رقم (2) أن بلدان إفريقيا جنوب الصحراء هي التي عرفت ولا تزال تعرف أكبر معدلات الوفيات، فمثلا النيجر ونيجيريا كانت معدلاتها في سنة 1970، 26% و 22%، ثم انتقلت إلى 19% و 17% سنة 2007 على التوالي.

أثر هذا الانخفاض البسيط في معدل الوفيات على العمر المتوقع عند الولادة نوعا ما، إلا أنه بقي أخفض الأعمار في العالم، فلم يتجاوز في العقد الأخير من القرن الماضي 50 سنة، ويعود السبب في ذلك إلى انتشار الأمراض المعدية، الأوبئة، السيدا، وكذا انخفاض دخل الفرد من الناتج القومي الإجمالي.

أما إذا تطرقنا إلى تركيبة الوفيات في هذه الدول نلاحظ أن وفيات الأطفال الرضع والطفولة هي التي أخذت حصة الأسد. ويصعب تقديرها لعدم تسجيل بعضها في سجلات مصالح الحالة المدنية، وعدم إعطائها الأهمية البالغة، رغم أنها المؤشر الأساسي لقياس درجة التطور الصحي والاقتصادي. ويرجع الارتفاع في هذا النوع من الوفيات في هذه الدول إلى كون أطفالها أكثر عرضة من غيرهم للأمراض المعدية، الصدرية والمعوية.

كما يبين الجدول أن معدل وفيات الأطفال الرضع انخفض بالدول النامية من 137% سنة 1960 إلى 51% سنة 2007، وقد مس هذا الانخفاض بشكل كبير الشرق الأوسط وشمال إفريقيا وشرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي وأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي.

ويلاحظ نفس النمط فيما يخص معدل وفيات الطفولة 0-5 سنوات التي انخفضت من 206% إلى 74%، وحدث أقل انخفاض في بلدان إفريقيا جنوب الصحراء من 257% إلى 89%.

يرجع الانخفاض المحسوس لكلا المعدلين في (الشرق الأوسط، شمال إفريقيا، شرق آسيا، منطقة المحيط الهادي، أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي) مقارنة مع غيرها من البلدان النامية إلى توسيع برامج مكافحة وفيات الأطفال، حيث وصلت

نسبة المحصنين ضد الشلل في أمريكا اللاتينية وبحر الكاريبي إلى 92%، ونسبة المحصنين ضد الحصبة 89%. وإذا قارنا هذه النسب مع ما كانت عليه إفريقيا جنوب الصحراء في نفس الفترة، نجدها منخفضة جدا حيث بلغت نسبة التحصين ضد السل 63% والحصبة 48% فقط.

إن أمريكا اللاتينية هي المنطقة الأولى التي تحررت من الشلل وهي المنطقة الرائدة في مجال القضاء على الحصبة التي تفنك بأكبر عدد من الأطفال في إفريقيا جنوب الصحراء، حيث لم يبلغ سوى (ملاوي، غامبيا، السيشل) هدف تحصين 90% من الأطفال ضد الحصبة. ولقد كان لارتفاع نسبة التحصين ضد الحصبة من 25% سنة 1980 إلى 84% ما بين 1995-1998 أثره على إنقاذ حياة حوالي 1,5 مليون طفل سنويا في هذه الدول، (اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 2000).

وإذا ما قارنا معدل وفيات الأطفال الرضع بين الدول النامية والأقل نموا نلاحظ أن الانخفاض في البلدان الأقل نموا كان بطيئا حيث انخفض بحوالي 64 نقطة ما بين 1960-1998، وهذا بسبب تدهور الأوضاع الاجتماعية وانتشار الحروب الأهلية وانخفاض نسبة استعمال وسائل منع الحمل. من جهة أخرى نلاحظ أنها احتلت أقل نسبة لمعالجة جفاف الرضع عن طريق الفم، إذ بلغت فقط 37% سنة 2007، (اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 2009).

وهنا لا يجب إغفال دور الحروب والنزاعات المسلحة في ارتفاع معدل وفيات الأطفال الرضع، فخلال الثمانينات من القرن الماضي قضت الحروب على مليوني طفل وتركت ما بين 4 و5 ملايين طفل معوق. (OMS et autres, 1996).

ومجمل القول فإن البلدان النامية لا زالت تعيش في ظروف صحية متدنية، ولازال أطفالها يعانون من الأمراض الفتاكة، رغم الجهود المبذولة من طرف حكوماتها والمنظمات الدولية كاليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية.

وفي قائمة الأمراض التي تنتسب في وفاة ملايين الأطفال نجد الحصبة، ففي عشرية الثمانينات من القرن الماضي، توفى 25 مليون طفل بسببها من بين 75 مليون طفل متوفي. ومع حلول التسعينات وبفضل التلقيح الموسع انخفض عدد المصابين بالحصبة إلى 25 مليون في السنة ولم يتوفى بسببها سوى مليون طفل، (UNICEF, 1994).

ويأتي الإسهال في المرتبة الثانية الذي قضى على 4 ملايين طفل سنويا في بداية الثمانينات وبفضل أملاح الإمهاء الفموية انخفض في السنوات الأخيرة.

هذا ما ذهب إليه المؤتمر العالمي للطفولة سنة 1990 حيث اتفقت معظم دول العالم على تخفيض نسبة 50% من وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات الناجمة عن الإسهال و25% تكرارات الإصابة بالإسهال، كما تم الاتفاق على تعميم استعمال التمييه الفموي بنسبة 80% كطريقة فعالة لمعالجة الإسهال. (UNICEF, 1997).

وما نلاحظه في مجمل الدول النامية مع نهاية الثمانينات هو إعادة تنشيط الخدمات الصحية الأساسية بوضعها لعدة إجراءات منها مبادرة بامكو ومجموعة الإجراءات السياسية التي أطلقت عام 1987 في مواجهة التدهور السريع في أنظمة الصحة العامة في إفريقيا خلال السبعينات والثمانينات. وفي عام 1990 على سبيل المثال قامت الدول الأعضاء في منطقة الوحدة الإفريقية بوضع مسودة لميثاقها الخاص بحقوق ورفاهية الطفل، ومنذ ذلك الوقت قام 117 بلدا بوضع خطط وطنية للعمل من أجل الأطفال، وقام 17 بلدا من أمريكا الوسطى والجنوبية بإقرار تشريعات مهمة لحقوق الطفل. (اليونيسيف. وضع الأطفال في العالم 2000).

أما عن الشريحة الثانية التي تستقطب عددا كبيرا من الوفيات في الدول النامية فهي شريحة الأمهات، أي وفيات الأمهات، التي تعرفها منطقة الصحة العالمية "بأنها الوفاة التي تحدث أثناء الحمل أو في خضم 42 يوما بعده، لأسباب تتصل أو تتفاقم بالحمل"، (لستر براون، 1984).

إن الأسباب التوالدية هي الآن العوامل الرئيسية لوفيات نساء هذه الدول، فنصف وفيات النساء في فئة سن 15-49 سنة ترجع للحمل والولادة، مثل ما نجدها في بنجلادش ونيجيريا والبرازيل وأوغندا. يرتفع هذا النوع من الوفيات في البلدان الفقيرة عامة والنساء الفقيرات خاصة. إذ يصل إلى حوالي 20-40% من جميع وفيات نساء معظم الدول النامية التي تقع أعمارهن ما بين 15-49 سنة، مقابل أقل 1% فقط في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا. فيموت اليوم سنويا بالبلدان النامية أكثر من نصف مليون امرأة لأسباب تتصل بالحمل والولادة، هذا يعني أن امرأة واحدة من بين 50 امرأة تموت من مضاعفات الحمل والإجهاض الغير مأمون، وهو معدل يزيد بمقدار 35 مرة عن المعدل السائد في البلدان المصنعة، (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1999).

الخلاصة

هناك تباين واضح في توزيع الوفيات حسب أقاليم العالم والسبب في ذلك التطور التكنولوجي والاقتصادي لكل إقليم. فكلما كانت الأقاليم متقدمة صناعيا وتكنولوجيا كلما كانت مزدهرة اقتصاديا واجتماعيا، مما انعكس على صحة سكانها وبالتالي على معدلات وفياتها.

فبينما تتداول أسواق العملات العالمية يوميا حوالي 1,5 تريليون دولار هناك 1,2 مليار نسمة منهم 600 مليون طفل يعيشون على أقل من دولار واحد في اليوم. حيث بلغت نسبة السكان الذين يقل دخلهم عن 1 دولار يوميا في جنوب آسيا 42% و 39% في بلدان إفريقيا الصحراوية ما بين 1990-1996.

فانخفاض الدخل الفردي من الناتج القومي الإجمالي بين الدول النامية سببا في تدهور صحة سكانها، هذا الأخير بلغ عام 2007 حوالي 2405 دولار أمريكي وكان الأمر أحسن حالا في أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي إذ بلغ حوالي 5628 دولار، (اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 2009).

وما زاد في صعوبة الأوضاع في هذه الدول هو ارتفاع ديونها الخارجية التي تجاوزت 2 تريليون دولار عام 1995. فقد أنفقت بلدان القارة الإفريقية الواقعة جنوب الصحراء الكبرى 13,6 مليار دولار على خدمة الديون الخارجية في تلك السنة وهو ضعف ما أنفقته على خدماتها الصحية التي بلغت 5% من نسبة الإنفاق الحكومي ما بين 1992-1998 مقابل 13% في الدول المصنعة، (اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 1998).

إن هذا التفاوت في المؤشرات الاقتصادية بين الدول المصنعة والدول النامية يفسر ذلك الاختلاف الكبير في مختلف معدلات الوفيات. والذي أثر كذلك على الحالة الاجتماعية لسكانها، حيث يفتقر 60% من سكان الدول النامية إلى المرافق الصحية الأساسية وحوالي ثلث السكان تقريبا لا يستطيعون الحصول على المياه النظيفة وربعم لا يتوفر لديهم الإسكان الكافي وحوالي 20% لا يحصلون على ما يكفي من الطاقة الغذائية والبروتين.

قائمة المراجع

- باللغة العربية

- جاك فلان، سكان العالم، تر حمدان حجابي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1991.
- زيدان عبد الباقي، أسس علم السكان، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1978.
- لستر بروان، من أجل الإنسان، تر حسنين، مكتب غريب، مكان ودار النشر غير مذكورين، 1984.
- صندوق الأمم المتحدة للسكان. التمكين للمرأة وصحتها الإنجابية، نيويورك، السنة غير مذكورة.
- صندوق الأمم المتحدة للسكان، حالة سكان العالم 1999، نيويورك، 1999.

- اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 1998، جنيف، دون ذكر السنة.
- اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 2000، جنيف، دون ذكر السنة.
- اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 2002، جنيف، دون ذكر السنة.
- اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 2009، جنيف، دون ذكر السنة.
- منصر رويسي، حسن الطياش، مستويات الإنجاب، بالسكان والمجال، المعهد الأعلى للتربية والتكوين المستمر، صندوق الأمم المتحدة للسكان، تونس، 1988.

- باللغة الأجنبية

- Bonnefous Edward. Le monde est-il surpeuplé, Ed Hachette, paris ,1968.
- FNUAP. Les problèmes démographiques, Dossier d'information, New York, 1999.
- George Tapinos. Elément de démographie, Armond Colin, Paris, 1985.
- Gaston Bouthoul. La population dans le monde, SMD, Paris, 1958.
- Marcel Renhard. Histoire de la population mondiale, SD, Paris, 1968.
- OMS et autres, Child survival world development, n°1, vol. 12, Genève, Mars 1996.
- Poursin Jean-Marie. La population mondiale, éd. Du Seuil, Paris, 1976.
- UNICEF. La situation des enfants dans le monde 1994, Genève, S.D.
- UNICEF. Thérapie de réhydratation orale, Elixir de vie, Genève, 1997.

Investing in Maternal Health: Potential for Economic Gains

Suleiman Abd Gabbar Bakheit¹

I- Introduction

This is a thematic paper presented to the expert group meeting on Arab Maternal Health Initiative (AMHI), organized by Arab Project for Family Health, an affiliate of the League of Arab States, in collaboration with development partners including UNFPA. The main objective of the meeting is to pave the way for enhancement of political commitment of Arab states in support of maternal health and thereby accelerating the ongoing efforts towards achieving the MDGs pertinent to maternal health.

The paper highlighted the importance of investing on maternal health emphasizing the central role of women in economic development, giving examples from variable countries, showing the economic benefits when women are healthy, and the losses when women's health deviates from normal. Examples of cost effective interventions are also given. The paper also highlighted the remarkable influence of women on performance of health systems. Finally, the paper highlighted the key challenges facing realization of adequate funds for women's health.

¹ MB.BS (U of Kh), MD community medicine (SMSB), Director of Planning and States' Affairs for PHC/ Federal Ministry of Health/ Sudan.

II- Overview:

People are entitled to the highest attainable standard of health. This is a fundamental principle of development and human rights and has been affirmed by many countries in a range of international and regional human-rights treaties.

As defined by WHO **Health** is: ((a state of complete physical, mental, and social well- being and not merely the absence of disease or infirmity)) ^{1} Therefore, health may be regarded as a balance of physical, mental and social aspects of life in a being.

A lot of factors interact to determine the health status, which will either be internal or external, broadly including the environmental, genetic, socio-cultural, and economic.

III- Putting maternal health on top of public health issues:

Maternal health refers to the health and health care of women of childbearing-age prior to conception, pregnant women; postpartum women and adolescents (aged 13 to 21 years), including those with Special health care needs. These groups constitute more than 25% of the population.

In 2001, maternal and perinatal conditions represented the single largest contributor to the global burden of disease, at nearly 6% of the total Disability Adjusted Live Years (DALYs). It is estimated that more than 500,000 women die every year due to complications of pregnancy and child birth, and for every maternal death there are 20-30 physical and mental disabilities including obstetric fistula as a

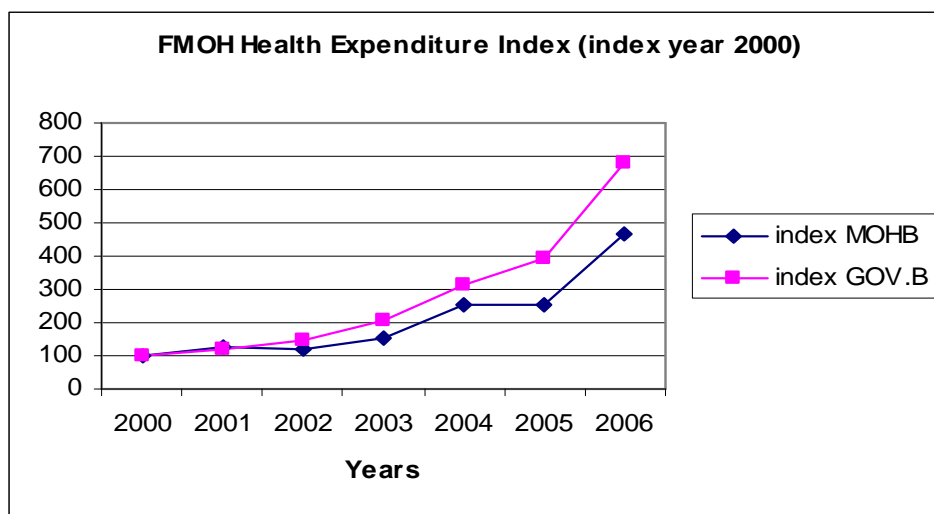
major disability. {2} However, it should be emphasized that death of a mother is beyond the numbers.

Maternal and child health indicators are the most sensitive to monitor progress towards MDGs, constitute a mirror image of the health system performance and they also greatly reflect the development status of nations.

IV- Adequate fund for healthcare is crucial to obtain good outcomes:

The current situation of maternal health in many countries of East Mediterranean Region (EMR) is dominated by poor indicators in both maternal and child health and this is direct reflection of the sub-optimal investment on health in general and maternal and child health in particular. Sudan is an example the countries having one of the highest maternal mortality in the world. In Sudan Household Health Survey (SHHS) in 2006, the national MMR was found to be 1107/100,000 LBs and was 638/100,000 LBs In Northern Sudan, meaning that 6,707 mothers die every year due to complications of pregnancy and child birth. Mortality ratio of under five children in 2006 stood at 112 deaths/1000 LBs. This situation could be explained when we look at the low financial expenditure on health. In general, the health sector is under funded, with public health expenditure from federal, state and local levels just reaching 1.5% of the GDP and around 4.8% of government budget while it is expected not to be less than 15% according to Abuja Declaration in 2000. {3} in absolute figures the public health expenditure is only around US\$ 11 per capita in 2005. Furthermore, the health spending is skewed towards hospitals

care. Primary and first-referral care, particularly in the poorer states suffers from under-financing and inequitable allocation of resources. As a result, particularly in rural areas and conflict affected states, staff has low morale, services are limited and of poor quality, insufficient and poorly-maintained infrastructure and equipment, and inadequate pharmaceutical supply – as well as the user fees and high drug prices that deter the poor from accessing health services.



Following the signing of Comprehensive Peace Agreement (CPA) with Sudan Peoples Liberation Movement (SPLM) and the constitution of the Government of National Unity gave an impetus for recovery and development of entire health system and especially conflict-affected states. Another contributing factor was the increasing oil revenues and flow of foreign investments raising GDP per capita from US\$ 395 in 2001 to US\$ 640 in 2005 and US\$ 700 in 2006. Accordingly, the government expenditure on health also rose steadily, as seen in figure (1), raising the prospect for the reversal of

deterioration in the health system. Government has adopted a medium-term expenditure framework which envisions raising domestic public expenditures on the health sector. {4}

The crucial policy challenge is to increase government investment in health and reduce financial burden on households and remove social inequalities in access, utilization and health outcomes.

V- Challenges in healthcare financing:

Cost of health comprises inputs needed to deliver health care including recruiting, training, deploying rewarding and retaining health workforce, infrastructure, medical products and technologies, medicines and vaccines, equipment, running cost.

Securing adequate funds for healthcare is challenging in lower income and lower middle income countries due to limited financial resources in face of competing sectors and growing demands. Moreover, the existing inputs from governments and different partners are not well harmonized in many countries particularly the 49 lowest income countries.

According to WHO report 1n 2006, the 49 lowest income countries, funding gap for MDGs is estimated at US\$ 26 billion per year in 2011, equivalent to US\$ 19 per capita. The gap is expected to be US\$ 42 billion in 2015, equivalent to US\$ 27 per capita. It is estimated that If this fund is availed, 43 million new users will get access to FP services, 19 million women will be delivered by Skilled Birth Attendant (SBA), 2.2 million neonatal infections will be treated,

85,000 new additional facilities will be established and 2.5-3.5 million additional health workers will be recruited. {2}

Viewing it from business prospective, maternal and child healthcare services (e.g., pregnancy and delivery, childhood immunizations) account for \$1 out of every \$5 employers spend on healthcare i.e. 20% of expenditure.{5} Furthermore, a substantial proportion of employee's lost work time can be attributed to the negative implications of pregnancy and child birth. Also they constitute a leading cause of short- and long-term disability and turnover in most companies. {5}

To improve maternal health in complex contexts and variable development stages of the different countries is a big challenge. There is a great need for adequately funded, comprehensive, integrated package of services made available, reachable, appropriate and acceptable, boosted with innovative strategies to reach everybody anytime and anywhere, such as mobile clinics, community based services, develop sound policies in support of producing responsive, motivated, equitably distributed health workforce.

VI- Healthy women have key role in economic development:

In addition to domestic duties entitled to women as housewives, they are bread winners for their families in most communities, particularly in rural areas, doing this function either in full or partially by participating in provision of the family income through varieties of income generating activities. (e.g in Salara administrative unit in Nuba Mountains which is one of the areas badly affected by the long civil

war between Southern Sudan Liberation Army (SPLA) and government of Sudan, 12% of households are headed by women. {6}

Traditionally, healthy mothers do right things at the least possible cost, give right opinion, respond better to health messages, improve prospects and create healthy environment for their family members and all these will eventually contribute to improvement of productivity and hence the economic status will be improved.

Women also have gone beyond the household as considerable members the working labour force. In recent decades, the women workforce in the civil services in general, and health system in particular, whether formal or informal, has greatly increased reaching more than 50% in some countries like Sudan. {7} the great advancement made in female education and improvement in constitutions of many countries of the world provided opportunities for women to occupy high levels positions in administration and management aspects, hence not only generating adequate income for her family, but also influencing policies and plans aiming at macro-economic development.

Business women running investment enterprises such as restaurants, agricultural schemes, shopping centers, do remarkably contribute to labour market by providing jobs for other members from within their communities. Those having larger capitals indulge into major investment projects considered highly beneficial for their countries by adding remarkable share to the pool of tax revenues which will in turn benefit the whole nation. (Widad Elnahla, Halima Hassabella, Azza are examples in Sudan).

VII- Investment in women's health has direct effect on reduction of poverty and increase productivity:

Poverty contributes to unintended pregnancies which usually end in complications that might lead to disability or death commonly encountered among adolescent girls and deprived women. Poverty also lies behind under-nutrition and other nutrition-related factors and is found to contribute to 35% of deaths of children under five each year, while also affecting women's health. Charging women and their children less, or offering them free healthcare improves access to care and enables poorer families to spend more money on food, housing, education and activities that generate income. Healthy women work more productively, and stand to earn more throughout their lives. Addressing under nutrition in pregnant women leads to an increase of up to 10% in an individual's lifetime earnings. {7} In contrast, poor health results in poor productivity.

VIII- Consequences of ill health in women on the economy:

Many deviations from ideal health whether its physical, mental or social well being are commonly encountered among women, and they impact the micro and macro-economic development of the country.

Physical deviations mostly encountered among mothers include, Sexually Transmitted Infections (STIs), pregnancy and its complications, labour, postnatal and their complications, tumors of uterus, cervix and breast.

Mental deviations commonly encountered whether they are psychological or emotional disorders are shown by the well recognized outcomes of Gender Based Violence (GBV) and include exhaustion, post traumatic stress disorder, depression, embarrassment, anxiety, aggressiveness, feeling of shame, and feeling of insecurity, self incrimination, notorious thinking and tendency towards suicide. These can lead to negative social consequences such as blaming the victims in case of GBV/survivors, loss of social roles and responsibilities, loss of income source, social stigma, social isolation, and discrimination. Obstetric fistula (OF) is a major disabling compound morbidity related to difficult child birth, usually affecting young women within the childbearing period and has a drastic psycho-social impacts. OF is disproportionately prevalent in developing countries like Sudan. According to the WHO, an estimated 50,000 to 100,000 new fistula case occur each year. In **Sudan**, The UNFPA 2005 survey concluded that there are 5,000 new fistula victims each year. {8}

The three dimensions of health are interlinked meaning that one affected dimension will absolutely affect the others. The most serious and common outcome of maternal ill health is maternal mortality.

A cross-sectional study conducted in 45 countries of the WHO African region to work out the impact of maternal mortality on Gross Domestic Product (GDP) using a double-log econometric model, revealed that a single maternal death will result in 0.36 reductions in per capita GDP per year. {9}

Maternal mortality would negatively affect GDP in several ways including the following:

- Reduces quantity of labour force by decreasing the number of people involved in production of economic output. This is quite evident in countries with high employment rates.
- Loss of strategic household care giver which in most cases enforce the father to reallocate work time to compensate for the care of the bereaved children and elderly. This means loss of economically productive time.
- High funeral related cost might force bereaved families to sell out their assets including those used for income generation such as land, farm, house, machinery, equipment ...etc.
- Disruption of future capital creation process explained by the fact that mothers produce food for their children and losing them means deterioration in the nutritional status of children which will negatively impact their physical and cognitive development. Mothers are also considerably contributing to teaching of their children and this input will also be lost when mothers die, which will also negatively affect the performance of the bereaved children. Bereaved children, especially females might be forced to leave the school earlier to undertake some tasks otherwise done by their mothers; this will weaken their future economic prospects. It is found that infant death is 5 fold increased by maternal death. {5}

- Reduction in the household consumption expenditure, government taxes revenues, private business and personal savings.

A study conducted in 2006 in the WHO African region in 2006 to estimate the loss in GDP due to maternal mortality revealed results shown in the table below.

**Table (1):
GDP loss attributable to MM/ 100,000 Live Births in nine selected
African countries**

Country	MMR/100,000 LBs	Economic loss in US\$
Algeria	140	50.4
Namibia	220	79.2
Equatorial Guinea	352	126.72
Benin	500	180
Chad	840	302.4
Kenya	650	234
Angola	1500	540
Mozambique	1100	396
Nigeria	1000	360

*African Journal of health sciences, volume 13, number 1-2, January to June, 2006.

It is clear that loss in GDP is directly proportional to MMR.

In the same study it was found that total of 136,732 annual maternal deaths occur in 45 African countries (WHO African Region) resulting in 49,224 US\$ annual loss in GDP. {9}

A study of the impact of disasters mortality on GDP in the WHO African Region found that: a single natural or technological disaster related death reduces GDP per capita by US\$0.01828 per year; disaster mortality causes an annual loss in GDP of US\$9,713; the undiscounted lifetime loss in GDP due to 539,597 maternal deaths was estimated at US\$242,819. Thus, in comparative terms, the loss in GDP attributable to maternal mortality is far much higher than that resulting from disaster deaths. {9}

IX- Improving maternal health has positive impact on the economy:

Investing in maternal health enhances economic productivity and growth. Maternal and newborn deaths slow growth and leads to global productivity losses of US\$15 billion each year. {9} By failing to address under-nutrition, a country may have a 2% lower GDP than it otherwise would. In contrast, investing in maternal and child health leads to high economic returns and offers the best guarantee of a productive workforce in the future. For example, between 30% and 50% of Asia's economic growth from 1965 to 1990 has been attributed to improvements in reproductive health and reductions in infant and child mortality and fertility rates. {10}

Essential health care for mothers prevents illness and disability, saving billions of dollars in treatment. In many countries, every dollar spent on family planning saves at least four dollars that would otherwise be spent treating complications arising from unplanned pregnancies. {11}

X- Examples of cost effectiveness of some interventions for maternal health:

A study on cost effectiveness of forty health interventions in Guinea revealed that there are several highly cost effective interventions that address the major causes of maternal morbidity and mortality. It was found that the cost of a minimum package of health services is around US\$ 13 per capita and would address 69% of the major causes of premature mortality. Countries therefore need to allocate adequate funds not only to avail the minimum package, but to go beyond for better quality of services.

Another study in Senegal demonstrated that after improved Post Abortion Care (PAC) services were introduced, the proportion of patients who were counseled about family planning increased from 18 percent to 34 percent. Furthermore, most patients who received counseling chose to use contraception, increasing uptake from 56 percent to 76 percent. The same study also showed that improving PAC services shortened hospital stays by approximately 50 percent, thereby reducing hospital costs per patient by 25 percent; from US\$61 to \$46. {12}

Study conducted in 2004 in 15 states in the USA, on outcomes of averted events including pregnancies, births and abortions among clients revealed that the following results:

- Averted events included 1442 pregnancies, 641 births, 602 abortions,

- While cost of savings accounted at 1429 US\$ for family planning, 5749 US\$ for births and the net saving was 4321 US\$. {12}

Family planning can benefit mothers in several ways including, better health protection from diseases e.g HIV/AIDs, less physical/economic strain, greater care for each child and improved quality of life.

Contraception saves lives by preventing unwanted pregnancies and reducing the risk of maternal death and maternal morbidity, it further improves reproductive health outcomes by reducing the risk of abortion related death and disability. It improves Child Health by attaining better health for children, more food, greater opportunity for emotional support and education.

Breast feeding as a method for contraception provides special health benefits for both mothers and their children. FP also benefits Men, adolescent, couples and families, and the community at large. It gives protection from STDs, AIDS, cancers and ultimately reducing disease burden and hence contributing to overall economic development.

XI- Women are key determinants of health system performance:

Promising interventions will not work unless there is well functioning health system to proceed effectively to achieve MDGs. As affirmed by WHO report in 2008, primary health care is needed now more ever meaning that the principles of primary health care are still valid. Primary health care is principally focused on preventive

interventions and primarily aims at delivering comprehensive and integrated care for the communities including women and children closer to where they live and work. Integrating of services is an efficient and cost-effective route to success. For example, investing in family planning in addition to maternal and newborn services can save US\$1.5 billion while achieving the same outcomes **Egypt** is one of the few countries on track to achieve both MDGs 4 and 5, mainly by integrating child health and family planning programs, upgrading facilities to strengthen safe motherhood programs, combining oral rehydration programs with the expansion of water and sanitation systems, and training healthcare workers in parallel with community outreach programs .{13} **In Bolivia**, maternal mortality has fallen by 75% in two indigenous communities because women's groups have implemented education and empowerment programs, educated men about gender equality and reproductive health, and trained community health workers {14}

Women are currently very important members of health workforce in the era of rising feminization of Human resources for Health. Working as care provider women further contribute to the health of their families and communities, provide good nutrition of their dependents where by they can work better, get protected from infectious diseases, mentally more fit for better learning and ultimately fostering the overall economic growth. In contrast, Ill health results on absenteeism, poor motivation and poor performance which will negatively impact productivity, health system performance and well being of their families.

Poor mental and social health result in suboptimal decision making power to seek health; physical ill health limit movement to seek medical care; insufficient care for the dependents can aggravate the condition in a manner of vicious circle, leaving home to care delivery point will create a lot of gaps in the integrity of the family, disruption of systems and styles, stop work for accompany of the ill mother, entails overspending on treatment, transportation involving family members, friends, neighbors, colleagues. On the other hand the health system is also affected negatively as increasing the proportion of expenditure on secondary and tertiary care which is far expensive than spending on PHC.

XII- Challenges:

- Maximize the impact of investment on maternal health by integrating efforts across healthcare programs and sectors, by using innovative, cost-effective and evidence-based interventions, tools and approaches, and by making financing channels more effective (pooling of resources).
- Realize programmatic consensus for integration of currently fragmented primary health care services. This is very clear in countries where the programmatic approach is still overwhelming.
- Obtain active political commitment as to translate commitments into actions.
- Increase utilization of services, i.e. to create demand with focus on empowering women and their families to be aware of and access health care and adopt healthy behavior.

References:

- WHO. "Constitution of the World Health Organization" World Health Organization; 2006.
- Global strategy for women's and Children's Health, WHO, September 2010.
- The Abuja declaration 2000 and the plan of action, and extract from the African Summit on Roll Back Malaria, Abuja, 25 April 2000. WHO/CDS/RBM/2000.17.
- Ihsanuallah Tarine, The health and development situation: Republic of Sudan, WHO Country Office, Sudan, 2010.
- Horton S, Shekar M, McDonald C, Mahal A, Brooks J. "Scaling up Nutrition: What will it Cost?" World Bank. Washington DC. 2010.
- Hala Goni, health related behaviour of population in post-conflict area, Sellara administrative unit in South Kordofan state, Sudan, thesis report for MD degree in community medicine administered by SMSB, 2011.
- Sudan's National Strategic Plan for Human Resources for Health (2012-2016), 2011.
- Report on obstetric fistula in Sudan, the National Program of Reproductive Health, 2010.

- Effects of maternal mortality on gross domestic product (GDP) in the WHO African region Joses Health Financing & Social Protection Unit, World Health Organization, Regional Office for Africa, P.O. Box 06, Brazzaville, Congo. Tel: +47-241-39342. E-mail kirigaj@afro.who.int
- The cost effectiveness of forty health interventions in Guinea, 1994, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- Frost J, Finer L, Tapales A. “The Impact of Publicly Funded Family Planning Clinic Services on Unintended Pregnancies and Government Cost Savings”. Journal of Health Care for the Poor and Underserved 19, pp778–796. 2008.
- Maternal, Newborn and Child Health Network for Asia and the Pacific. Investing in maternal, newborn and child health – the case for Asia and the Pacific.” World Health Organization and the Partnership for maternal, Newborn and Child Health. Geneva. 2009.
- Save the Children. “State of the World's Mothers 2007. Saving the Lives of Children Under 5”.
- <http://www.savethechildren.org/publications/mothers/2007/SOWM-2007-final.pdf>. Campbell O, Gipson R, Issa AH, Matta N, El Deeb B, El Mohandes A, Alwen A, Mansour E. National maternal mortality ratio in Egypt halved between 1992-93 and 2000. Bull World Health Organ. 2005 Jun. 83(6).462-71.
- African journal of Health sciences, volume 13, number 1-2, January-June 2006.

- Do health sector-wide approaches achieve results? Emerging evidence and lessons from six countries, IEG paper 2009. Denis Vallancourt.
- Singh S, Darroch J, Ashford L, Vlassoff M. “Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health”. Guttmacher Institute and UNFPA. 2010.
- Report of Sudan National Malaria Indicator Survey, 2009.
- Kirigia JM; Sambo LG; Aldis W and Mwabu GM. Impact of disasters mortality on gross domestic product (GDP) in the WHO African Region. BMC Emergency Medicine.20043.
- 4:1.<http://www.biomedcentral.com/I471-227X/4/I>.
- United Nations. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. "General Comment No. 14: The Right to the Highest attainable Standard of Health". 2000. E/C.12/2000/4. Constitution of the World Health Organization. July 22, 1946. Basic Documents. Forty-fifth edition supplement. October 2006.

Why Mothers Die in the Arab Countries? Implications for Policies and Strategies

Ahmed Ragaa A. Ragab¹

I- Introduction

Motherhood is a positive and fulfilling experience for most women. In the Arab region, pregnancy and childbirth are usually very special events for the women, her family and the community as a whole. The ability to conceive and bear children often establishes the prestige of a woman and raises her status within her family and community. Tragically and too frequently however, it is also a time of fear, suffering, disability and even death.

Disturbed by the large burden of unnecessary deaths and suffering, international community mobilized behind achieving MDG Number Five that aim at reduction of maternal mortality ratios by 75% from 1990 levels by 2015. This include among others:

- Provision of access for all who need reproductive health services by 2010;
- Skilled attendants present should be at least 60% by 2015.

Regrettably, the Goal was not completely achieved according to expectations in most of the Arab countries. Political and management problems impeded progress. Compounding these problems,

¹MD. PhD, Professor of Reproductive Health, IICPSR, Al-Azhar University, Egypt

epidemics, like swan flu, and conflict situations influenced the expenditure on health in many of the Arab countries. At the local level, health systems' constraints such as lack of investment in human resources and in infrastructure –especially in rural and remote areas– as well as shortages of essential drugs, equipment and supplies have also hampered the strategies in places to reduce maternal and newborn morbidity and mortality (*WHO, 2004, 2005, 2009 and 2010*).

II. Estimates and Confusion

The opening plenary, *Global progress on maternal health: the numbers and their implications*, of the Global Maternal Health Conference 2010 in Delhi focused on global progress on maternal health and explored recent maternal mortality estimates. Speakers discussed the numbers and asked questions not only about what the numbers mean—but also about how the maternal health community can use the numbers?

Which numbers should we use, those published in the recent Lancet report (*Shelton and Gray, 2010*) or those published by the United Nations (*UNFPA, 2010, WHO, 2010*) (the numbers are quite different)?

Will these two sets of numbers prove to be a hurdle in the struggle to bring unity to the maternal health community? If so, how can we reconcile this and avoid a divide in the community? Will the two sets of numbers push the maternal health community to establish better and more robust methods of measuring maternal mortality and morbidity?

Has the maternal health community collectively neglected the measurement of maternal morbidity—and how can we begin to focus on measuring not only mortality but morbidity as well? In developing a strategy aiming acceleration of the process that target achieving the MDG 5, these concerns should be taken into consideration.

III. Why do mothers die?

Although extensive literature addressed this question and proposed many recommendations, still women die at an unaccepted ratio, due to causes related to pregnancy and childbirth, in many of developing countries, including the Arabic Region. Five direct complications account for more than 70% of maternal deaths: haemorrhage (25%), infection (15%), unsafe abortion (13%), eclampsia (very high blood pressure leading to seizures – 12%), and obstructed labour (8%). While these are the main causes of maternal death, unavailable, inaccessible, unaffordable, or poor quality care is fundamentally responsible (*Maternity World Wide, 2010*).

1. Haemorrhage is excessive bleeding or an abnormal blood flow.
2. Obstructed labor occurs when the fetus cannot pass through the birth canal. It is most common among young girls whose bodies are not yet mature and women whose pelvises are underdeveloped due to malnutrition.
3. Unsafe abortion is the termination of an unwanted pregnancy by a person lacking the necessary skills or in an unsanitary environment. Every year, an estimated 20 million unsafe abortions take place.
4. Sepsis is a severe infection, most common during the postpartum period.

5. Eclampsia and hypertensive disorders are blood pressure complications, which can cause convulsions and even death for pregnant women before, during, or after birth.

Appropriate and timely intervention from a trained professional could prevent the majority of maternal mortalities. Table 1 illustrates that maternal mortalities do not occur instantaneously. If a system is in place to recognize problems promptly and to transport a woman to a healthcare facility where she can receive appropriate and timely treatment then the majority of maternal mortalities could be avoided.

Table 1. Time to death for most common obstetric emergencies

Cause of Death	Time to Death
Postpartum haemorrhage	2 hrs
Antepartum haemorrhage	12 hrs
Ruptured Uterus	1 days
Eclampsia (severe hypertensive disorder of pregnancy)	2 days
Obstructed Labour	3 days
Infection	6 days

Source: Maternity Worldwide, 2010

IV. Factors Influencing Maternal Mortality:

4-1. Biomedical Factors

Three quarters of maternal mortalities result from the direct obstetric complications of haemorrhage, infection, obstructed labour, hypertensive disorders of pregnancy, and septic abortion. The remainder are due to other 'direct' obstetric causes e.g. pulmonary

embolism or ectopic pregnancy, or 'indirect' causes that are aggravated by pregnancy, e.g. malaria, hepatitis, diabetes mellitus and heart disease. Worldwide the most common cause of maternal mortality is haemorrhage, but the proportion due to each cause varies between regions.

4-2. Reproductive factors

The risk of a woman dying in pregnancy and childbirth depends on the number of pregnancies she has in her lifetime. The higher the number of pregnancies the greater the lifetime risk of pregnancy related death. Maternal Mortality rates are also higher among very young women, those aged 35 years and older and those with four or more children.

4-3. Health service factors

The prevention of maternal mortality requires access to healthcare services providing prompt recognition and treatment of pregnancy related complications. However in many Arab countries there are inadequate facilities available and a lack of trained staff, equipment and supplies. Additionally, where services do exist, their costs may be prohibitively expensive for the majority of the population

4-4. Socio-economic and cultural factors:

The ability of women to command resources and make independent decisions about their fertility, their health and healthcare also has an impact on Maternal Mortality. Where women are afforded a low status in society their health needs are often neglected, and existing health facilities may not be accessed by women in need.

Additionally, lack of reproductive and sexual health knowledge can contribute to delays in seeking care when it is needed or to the inappropriate management of life threatening pregnancy complications.

4-5. Political Factors:

Political instability and armed conflicts in many of the Arab countries influence maternal mortality by many ways. Reduction of expenditure on health, brain migration, where many of the medical doctors flee the country, inefficient health facilities, unsafe roads, curfew times etc.. All these factors reflect on the health and life of mothers.

Politicians, including presidents, ministries, parliamentarians and first ladies, also can influence positively or negatively, much maternal health through supporting or not supporting programs that aim at promoting safe motherhood legalizations and services.

4-6. Three Delays Model:

There are 3 generally identified delays in accessing and receiving care that contribute to maternal mortality:

1. *Delay in deciding to seek care on the part of the individual, family or both. Factors that shape the decision to seek care include actors involved in decision-making (individual, partner, family, community); this also includes knowledge about pregnancy, labour and symptoms and signs of complications (perception of need), status of women, costs, and cultural factors.*

2. *Delay in reaching an adequate health care facility.* Causes include an inability to access health facilities because of underdeveloped transportation infrastructures, nonexistent communications networks, prohibitive costs of transportation and other financial constraints.

3. *Delay in receiving adequate care at an existing facility.* Causes include inefficient triage systems, inadequate caregiver skills, inadequate numbers of caregivers, inadequate equipment and supplies and lack of a referral system.

V. Human rights context

It is clear from previous sections that, maternal mortality is associated with women's status and economic dependency. Decisive interventions, such as skilled attendance at birth, are in fact significantly more inequitably distributed than antenatal care or child immunization. Poverty is thus a major contributory factor behind maternal deaths, and providing maternal health care is a necessary component of poverty alleviation strategies (*Shen, 1999*).

Maternal health has increasingly been promoted using a human rights perspective recently. Simple argument is that, if a certain frequency of potentially lethal complications always will occur in the process of human procreation, specifically during pregnancy and childbirth, why do we permit the continuation of such complications? Literature highlights how human rights arguments can be used to make governments increase access and coverage of maternal health care provision (*Yamine and Maine, 1999*). Evidently much remains to be done in this and other areas of implementing the Cairo Program of

Action (*Catino, 1999, Hardee et al, 1999*) and MDGs on reproductive health, however. Since abortion is one of causes of maternal death, human rights are also at the forefront, where some progress can be seen internationally in recent years, in providing psotaboration services without judging women. A key issue is also the provision of youth friendly reproductive health services to young people (*Okonufua, 2000*), including counseling and care on contraception, STDs and pregnancy.

Violence against women is another aspect of rights issues concerns. An increasing body of evidence indicates that many negative maternal and perinatal health outcomes are linked to discrimination, coercion and violence against women. International studies have shown that as many as one out of four women is physically or sexually assaulted during pregnancy, most frequently by their husbands or intimate partners. Violence during pregnancy can lead to such serious consequences as infections, unsafe abortions, miscarriages, low birth weight, suicide and homicide. Therefore, efforts to address gender-based violence must be included in a global strategy for reducing maternal mortality (*Heise et al, 1999*) and in the intended AMHII.

VI. Magnitude of the Problem

5-1. Global Level

Every day, approximately 1000 women die from preventable causes related to pregnancy and childbirth. Between 1990 and 2008, maternal mortality worldwide dropped by one third. In 2008, 358 000 women died during and following pregnancy and childbirth (*Shelto and*

Gray, 2010). Almost all of these deaths occurred in developing countries, and most could have been prevented. Adolescents face a higher risk of complications and death as a result of pregnancy than older women. For women in industrialized countries, the lifetime risk of death from pregnancy complications is 1 in 4,300, but that risk for women in the least developed countries is 1 in 37 (*WHO, UNICEF, UNFPA, and World Bank, 2010; WHO 2010a,b*).

5-2. Arab Countries Level

Arab countries are socially and economically diverse. On average, women have 3.3 children during their lifetime—fewer children than they had in the past.

National averages range from less than 1.9 in Lebanon, Tunisia and United Arab Emirates to 6.4 in Somalia. Forty-five percent of married women use modern contraceptives, even though a higher proportion wants to avoid becoming pregnant soon or ever. Forty-one percent of pregnancies in the region are unintended, and one in six pregnancies ends in abortions, which are most often illegal and unsafe (*UNFPA, 2010b*).

Deaths and poor health among women and newborns are unacceptably high; most could be prevented with adequate health care. For every 100,000 births, 234 women die of complications related to pregnancy and childbirth (*UNFPA, 2010b*).

Disparities among and within countries are pronounced. Women, who are young or poor, have little education or live in rural areas find it especially difficult to obtain the services they need to have planned and healthy pregnancies and deliveries (*UNFPA, 2010b*).

In 2008, 36% of women in the region who wanted to avoid a pregnancy either were not using family planning or were using a traditional method. These women accounted for 82% of unintended pregnancies (*UNFPA, 2010b*).

More than one-half of women who give birth each year do not make the recommended four antenatal visits, and more than one-third do not deliver in a health facility, increasing the risk to their health and that of their newborns.

Each year, two in three women who need care for complications of pregnancy and delivery do not receive it in the Arab Countries (*UNFPA, 2010b*).

Use of services varies greatly across the region: In many wealthy states in the Gulf region, at least 98% of women deliver in a health facility, while only 24% do so in Yemen, where access to quality health services is an enormous challenge (*UNFPA, 2010b*).

More than 60% fewer healthy years of life would be lost to disability and premature death among women and their newborns, a decline from 10 million to four million disability adjusted life years (DALYs) lost (*UNFPA, 2010b*).

VII. Situation Analysis in the Arab Region

6-1. Measuring Progress

Measuring progress in reducing maternal mortality is difficult due to a combination of factors. First, many countries lack health information systems capable of providing accurate estimates of

maternal mortality. Second, country to country variation in the elements of Safe Motherhood initiatives suggests disagreements or uncertainty regarding best practices. Furthermore, lack of resources and poor quality of care has made expansion of successful efforts difficult.

6-2. Data Quality

Among 63 countries, classified by WHO (2010a), with civil registration data characterized as complete with good attribution of cause of death, only one Arab country: Kuwait. 10 Arab Countries are classified by WHO (2010a) among 85 countries as lacking good registration and or other types of data, they are the following: Algeria, Bahrain, Egypt, Iraq, Lebanon, Morocco, Saudi Arabia, Sudan, Tunisia and Yemen.

7 Arab countries are among 24 countries that are classified by WHO, (2010a) as with no national representative data of maternal mortality meeting inclusion criteria, they are: Djibouti, Libya, Oman, Qatar, Somalia, Syrian Arabic and UAE.

VIII. Achieving MDG 5 in the Arab Region:

Arab countries can be divided into 3 categories regarding the progress towards reduction of maternal mortality:

- A. Countries which have made significant improvements in maternal mortality but still must further strengthen the quality of safe motherhood.
- B. Countries which have made some impact, but still need to bring about further mortality reductions.

C. Countries which have made little or no impact on maternal mortality and still need extensive support to implement effective safe motherhood measures.

Estimates of Progress towards Achieving MDG 5 in Arab Countries:

Table (2) shows the progress in achieving MDG5 according to WHO, (2010a) estimates. According to WHO 2010 the following Countries achieved more than 40% reduction 1990-2008:

Country	Level
Egypt	- 63
UAE	- 62
Syrian Arab Republic	- 61
Yemen	- 61
Morocco	- 59
Tunisia	- 54
Algeria	- 53
Lebanon	-50
Jordan	- 48
Qatar	- 46
Saudi Arabia	- 41

Source: WHO, 2010 a

From these figures (Table 2), it seems that, few countries in the Arab region would achieve the MDG 5 in due time. WHO, 2010 estimated the progress during the period between 1990 and 2008 (Table 3).

Table (3) Estimates of progress towards achieving MDG Number 5

Country	1990	1995	2000	2005	2008
Algerian	250	180	140	120	120
Bahrain	25	22	23	21	19
Chad	1300	1300	1300	1200	1200
Comoros	530	450	590	590	560
Djibouti	370	350	330	320	300
Egypt	220	150	110	90	82
Iraq	93	94	84	82	75
Jordan	110	95	79	66	59
Kuwait	10	10	8	9	9
Lebanon	52	45	36	29	26
Libya	100	85	44	68	64
Maladies	510	240	110	52	37
Mauritania	72	67	28	32	36
Morocco	270	220	160	130	110
Oman	49	35	27	22	20
Qatar	15	13	11	9	8
Saudi Arabia	41	32	28	25	24
Somalia	1100	1200	1200	1200	1200
Sudan	850	780	770	760	750
Syria	120	77	58	50	46
Tunisia	130	110	83	67	60
U.A.E	28	20	15	12	10
Yemen	540	460	340	250	210

Source: WHO, 2010a

IX. Success Story, the Egyptian Case

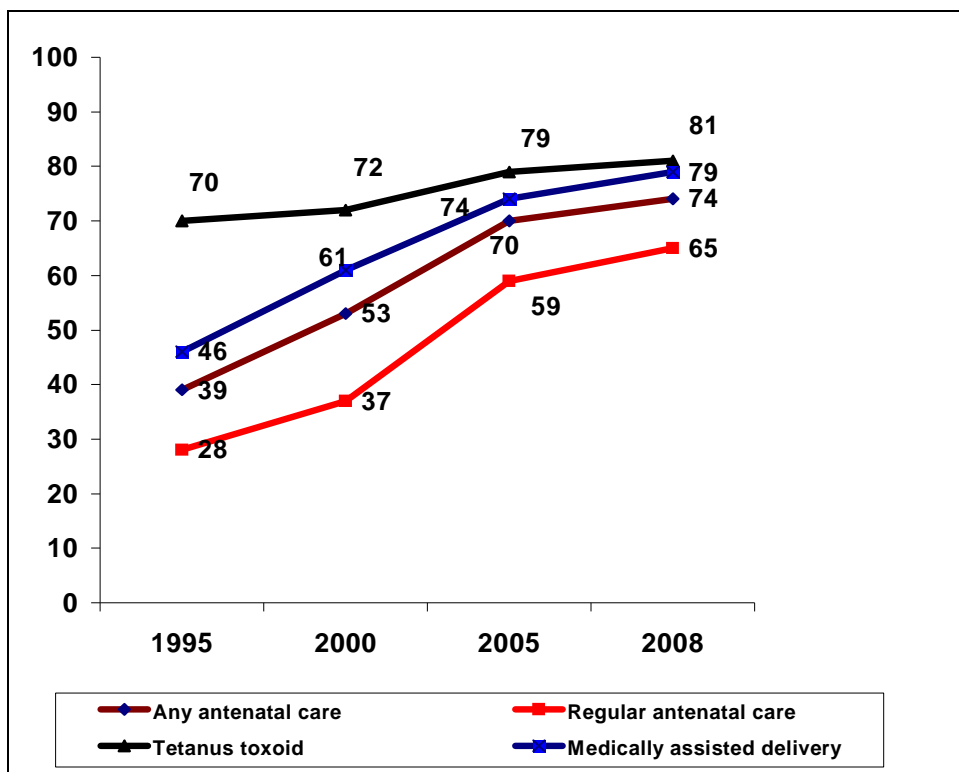
Egypt managed to reduce maternal mortality from the level in 1990 to 2008 by 63%. Two major surveys that documented the Maternal Mortality Ratio (MMR) in Egypt were carried out (1992/93 and 2000). A set of interventions aimed at reducing maternal mortality was designed and implemented using an integrated approach involving policy, technical, management and community based components. This integrated approach, with a special emphasis on the population with the highest risk, proved to be a successful strategy. Between 1992–93 and 2000 there was a 52 percent reduction in Egypt's maternal mortality ratio (MMR) and the magnitude of change was significantly greater in Upper Egypt (59%), than in Lower Egypt (30%). A study of factors that could have contributed to the dramatic decrease in the MMR, especially in Upper Egypt included a combination of: improved access to, and quality of maternal and reproductive health services, reduced fertility rates, antenatal care utilization and skilled attendance at delivery.

MOHP recognized the importance of collecting maternal mortality data on a regular basis as a tool for policy makers to achieve safe motherhood strategy. Hence MOHP decided to plan and implement a National Maternal Mortality Surveillance System (NMMSS) utilizing its potentials. A Ministerial Decree No. 197/2002 was issued to form a National Safe Motherhood Committee headed by His Excellency Minister of Health and Population and encompassing heads of all related health sectors.

The surveillance system affirmed further reductions in the year 2003 to be 68/100,000 live births and to 59/100.000 live birth in the

year 2006 (MOHP, Personal Communication). However, WHO estimates maternal mortality rate in Egypt, 2005 to be 130/100,000 live birth (WHO, 2005). The discrepancy between international and national estimations exists which calls for a unified approach for data collection. Proper care during pregnancy and childbirth are important to the health of both a mother and her baby. Coverage of maternity care services has improved markedly in Egypt Progress in antenatal care, tetanus toxoid vaccination and assistance received at delivery was observed in EDHS 1995, 2000, 2005, and 2008.

Fig (1) Trend in Maternal Health Indicators, Egypt 1995-2000



Source: EDHSs 1995, 2000, 2005 and 2008

X. How Can Life of Mothers be Saved in the Arab Region?

There is a need for strategies to reduce maternal mortality in the Arab Region. These strategies should be evidence based that takes into consideration the socio-cultural, political and economic situation of the individual countries.

The causes of maternal mortality are multiple, inter-related, complex and almost always preventable. Complications of pregnancy and delivery are the leading causes of death and disability among women of childbearing age. While there is no magic bullet that solves all maternal health problems, the great majority of maternal deaths can be prevented through simple cost-effective measures, which can be implemented even where resources are scarce.

The core strategies that have been demonstrated to improve maternal and newborn health are:

- A. Access to family planning – counseling, services, and supplies.
- B. Access to quality care for pregnancy and childbirth which includes:
 - Antenatal care.
 - Skilled attendance at birth, including emergency obstetric and neonatal care.
 - Immediate postnatal care for mothers and newborns.
- C. Access to safe abortion services, when legal (the situation applies only to Tunisia).

A functioning health system, with a well-trained, motivated workforce, can deliver effective, safe, and high-quality health services to all segments of the population. Universal access to high-quality health care – provided in health facilities, staffed by skilled attendants; stocked with essential drugs, contraceptives, and reproductive health supplies; and equipped to provide the full range of essential services – prevents maternal and newborn death and injuries.

Every government of the Arab Countries and donor needs to prioritize and support these three strategies, within the context of global commitments to strengthening health systems, realizing human rights, involving communities, and prioritizing the needs of the poor and marginalized.

Though the funding is essential to prevent these deaths, money alone can't solve this problem. Governments of the Arab Countries must also:

- Strengthen health systems and address serious gaps.
- Strengthen maternal, newborn, and reproductive health programs and institutions, and ensure that information and services are available and sensitive to and respectful of women.
- Develop monitoring and accountability mechanisms and channels for community engagement that address wider socio-economic, political, and cultural barriers to maternal and newborn health care.

Particular attention should be paid to the:

- Raising the Status of women to make decisions about the number and timing of children,

- All pregnant women should have access to family planning services; a quality antenatal care, a skilled attendant at the time of delivery and to the necessary and timely care for obstetric complications when they arise.
- All those with complications should have timely access to quality emergency obstetric care (dealing with delays).
- Improving vital registration systems to include cause of death according to the International Standards and having a working surveillance system in order to inform policy makers and programmers and community at large about the situation in the country.
- Education has been found to be a most effective tool against maternal death, because studies have shown that where mothers are educated, there have been low records of such deaths. Special attention should be given to reproductive and sexual health education in a tailored culturally acceptable way, the earlier in life, the better.
- Community participation and creating a supportive social, economic, and legislative environment allows women to overcome the various obstacles that limit their access to health care.
- Reform of laws that prevent women from attaining the highest possible levels of health and nutrition needed for safe pregnancy and childbirth such as laws requiring women in need of health care to seek the authorization of husbands or other family members first.
- Implementation of laws that prohibit child marriage, female genital mutilation, rape, and sexual abuse.

- Application of human rights in national legislation and policy to advance safe pregnancy.
- It is important to address maternal morbidity and find appropriate tools to measure it and to design programs that are workable for early diagnosis and management.

XI. Suggested Operational framework for AMHII

1. The three delays model:

Addressing constraints on the three delays will improve the chance for women to survive the obstetric complications. While getting the EmOC facilities ready as the first step is crucial, tackling the first and second delays through community participation is vital for the sustained utilisation of EmOC services and reduction of maternal deaths.

2. Health systems: Reducing maternal mortality requires

Strengthening of the health care system, This process takes time, and must be fuelled by public commitment sustained by, e.g., maternal death reviews. One valuable entry point is the improvement of care of obstetric emergencies, but skilled attendance at birth in general also demands long term planning. Using Appreciative Inquiry to improve hospital management and teamwork was recognised as one of the ways to improve hospital management, teamwork and accountability.

3. Rights based approach

Programmes in all Arab Countries should be assisted to apply and advocate the rights based approach. Maternal mortality is associated with women's status and economic dependency. Decisive interventions, such as skilled attendance at birth, are in fact

significantly more inequitably distributed than other public health interventions such as antenatal care or child immunization. The rights-based programming process requires the duty bearers to fulfil the rights of the claim holders, it requires balancing a good process and good outcome; it entails capacity gaps of communities are recognised and filled to enable them take actions for their best interests.

4. Community participation and capacity development:

Community activities should be linked to the “3-Delays model” to reduce the risk of avoidable maternal deaths. This community education should address women’s rights and it should focus on the family to raise awareness and sense of participation. Further, it raises the awareness about pregnancy and childbirth complications and need for immediate action. Community stakeholders are also vital to hold the government health system accountable on one hand, the assist health facilities to delivery quality EmOC services on the other hand. Community support through mobilization and strengthening local capacity, mobilization of community leaders to support establishment of local transport system, identifying and training community volunteers/assisting community health workers (Outreach workers/Raedat Rifiat and Family Friends in Egypt are examples) to provide basic service to people, identifying and arranging for community referral/transportation for EmOC facilities and establishment of community monitoring system is essential for a sustained reduction of MMR.

5. Focused antenatal and postnatal care

It is generally recognized today that antenatal care in itself can only to a limited extent reduce maternal mortality, while many of its

interventions benefit the health of the baby. The relatively high coverage of antenatal care in Arab countries provide the window of opportunities of contact, where women receive various essential preventive (such as TT immunisation) and curative care services, in addition to iron and vitamin A supplements. These opportunities are equally valuable for birth preparedness and complication readiness. Postpartum care is a neglected area and should receive much more attention both in research and action as most maternal deaths in fact happen there.

6. TBA training programme

Based on evidence to data, TBA training should not be done in isolation, unless it is part of a broader strategy that links with referral, supportive supervision and community participants.

XII. Monitor and Evaluation

The UN process indicators for baseline needs assessment and regular programme monitoring can be used. Wherever possible, these indicators should be considered to be part of the Health Management Information System:

- Amount of EmOC services available.
- Geographical distribution of EmOC facilities.
- Proportion of all births in EmOC facilities.
- Met need for EmOC services.
- Caesarian Section as a percentage of all births.
- Case fatality rate.

The assessment can be complemented by coverage of skilled attendant, quality of EmOC services and maternal death audit.

References:

- Catino J. (1991): Meeting the Cairo challenge: progress in sexual and reproductive health. (Implementing the ICPD Programme of Action). Family Care International, New York, October 1999.
- El-Zanaty, F., E.M. Hussein, G.A. Shawky, A.A. Way, and S. Kishor. 1996. Egypt Demographic and Health Survey 1995. Calverton, Maryland: Egypt National Population Council (NPC) and Macro International, Inc.
- El-Zanaty, F. and A.Way. 2001. Egypt Demographic and Health Survey 2000. Calverton, Maryland: MOHP, NPC, and ORC Macro.
- El-Zanaty, F. and A. Way. 2004. Egypt: Interim Demographic and Health Survey 2003. Cairo, Egypt: MOHP, NPC, El-Zanaty and Associates, and ORC Macro.
- El-Zanaty F, Way A. Egypt Demographic and Health Survey. The National Population Council and the Ministry of Health and Population, 2008.
- Hardee K, Agarwal, K, Luke N et al (1999): Reproductive health policies and programs in eight countries: progress since Cairo. Int Family Planning Perspectives 1999;25 (suppl):S2-S6.
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M(1999) Ending violence against women. Population Reports, Series L, Number 11. Baltimore, John Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, 1999. <http://www.maternityworldwide.org/>

- Shelton, J and Gray R (2010): Maternal Mortality for 181 Countries, 1980-2008. In The Lancet, Volume 376, issue 9750, Pages 1389-1390 October 2010.
- Okonufua F.(2000) Adolescent reproductive health in Africa: Future challenges. African Journal of reproductive health 2000;4 (1):7-9.
- Shen C, Williamson JB (1999): Maternal mortality, women's status, and economic dependency in less developed countries: a cross-national analysis. Soc Sci Med 1999;49:197-214.
- UNFPA (2010a): State of World Population, 2010
- UNFPA (2010b): Brief. Arab Countries Updated Nov. 2010 Fact Sheet on Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health.
- WHO (2004): Beyond the Numbers. Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer.
- WHO (2005): Progress in Reproductive Health research No. 71.
- WHO (2009): Achieving MDG 5: Target 5A and 5B on reducing maternal mortality and achieving universal access to Reproductive Health.
- WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank (2010): Trends in Maternal Mortality 1990 to 2008.
- WHO (2010a): Access to Country Profiles through Contents Page Countdown to 2015; Maternal, Newborn and Child Survival.

- WHO (2010b): Making Pregnancy Safer. Multi-country Review Meeting on Maternal Mortality and Morbidity audit. Charvak-Uzbekistan 14-17 June, 2010.

- Yamin AE, Maine DP (1999): Maternal mortality as a human rights issue: measuring compliance with international treaty obligations. Human Rights Quarterly; 1999; 21:563-607.



Our Family Health Our Nation's Wealth

ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION

RESEARCHS and STUDIES

**SPECIALIZED SCIENTIFIC REFEREED PERIODICAL
PUBLISHED BY PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH**

IN THIS ISSUE:

- **INVESTING IN MATERNAL HEALTH:
POTENTIAL FOR ECONOMIC GAINS.**

- **WHY MOTHERS DIE IN THE ARAB
COUNTRIES?**

**IMPLICATIONS FOR POLICIES AND
STRATEGIES.**



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

Volume IV,

11th Issue,

May 2011

Scientific committee
(in alphabetical order)

Dr. Abdel Aziz Mohamed Farah	Expert in population and development strategies, Sudan.
Mr. Ahmed Abdennadher	Director of Research Center on Population and Reproductive Health, (ONFP), Tunisia.
Dr. Ahmed Mustafa Al Atek	Dean of Institute for Environmental Studies and Research, Ain Shams University, Egypt.
Dr. Ahmed Ragaa Ragab	Professor of Reproductive Health, Al-Azhar University, Egypt.
Dr. Ayman Zohry	Expert on Migration and population Studies, Egypt
Dr. Chabib Diab	Professor of Sociology, Lebanese University, Lebanon.
Prof. Ezz eldin Osman Hassan	Prof. OB/ GYN. Mansoura University. Executive Director, Egyptian Fertility health Foundation. Egypt.
Dr. Ezzat El Shishini	Demographic Adviser, CDC, Egypt.
Dr. Fawzi Abdelrahman	Prof. of Anthropology, Ain Chams University, Egypt.
Dr. Mawaheb T. El-Mouelhy	Physician and Researcher in Population and Reproductive Health
Dr. Mohamed Naguib	Dean of Institute for Statistical Studies and Research, Cairo University, Egypt.
Mr. Mostafa Azelmat	Expert on Demographic and Health Studies and Research, Morocco.
Prof. Mourad Kamel Hassanein	Prof. OB/ GYN. Al Azhar University, Egypt.
Dr. Osman Mohamed Noor	Professor of Demography and MENA Child in Riyadh, Sudan.
Dr. Ramez Mahaini	Regional adviser, WHO/EMRO in Cairo, Syria.
Dr. Saher Wasfi Shuqaidef	Expert in Health Programs and Systems Evaluation. Jordan.
Dr. Salma Galal	Expert on Health, Population and Development Issues, Egypt.
Dr. Tawfik Khoja	General Director- Executive Board of the Health Ministers Council for Cooperation Council States, Saudi Arabia.
Dr. Zoubir Arous	Prof of Sociology, University of Algiers, Algeria.



ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION

Editor – in - chief

Dr. Ahmed Abdelmonem

PAPFAM Manager

Managing Editors

Rabah Halimi

Nevin Wanis

**The views expressed in this periodical are the author's own and do not necessarily
reflect the opinion or policy of the League of Arab States.**



Conditions of publication

- The materials submitted should be of scientific nature and concerned with the field of family health and population.
- The topics presented should to be Original contributions which have not published in any other periodical.
- Methods and curricula of scientific research should be considered on preparing the material submitted to publication.
- The material submitted to publication is not to be returned to participants whether published or not.
- All correspondences should be sent on the following addresses:
 - **22 a, Taha Hussein Street, 3rd floor, Flat 13, Zamalek, Cairo, Egypt.**
 - **Or Email: papfaminfo@papfam.org**
 - **Tele/ fax: +202 - 27363834**

**ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION
RESEARCHS and STUDIES
SPECIALIZED SCIENTIFIC REFEREED PERIODICAL
PUBLISHED BY PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH**

In This Issue:

Topic	Page
- Investing in Maternal Health: Potential for Economic Gains.	
Suleiman Abd Gabbar Bakheit.....	1
- Why Mothers Die in the Arab Countries? Implications for Policies and Strategies.	
Ahmed Ragaa A. Ragab.....	21