السياسة السكانية والتخفيف من الفقر

الجزء الاول

أ. عبدالملك علي شرف الدين

المشكلة السكانية :

كان الهاجس الظاهر لدى كثير من الناس في اليمن، وربما في المنطقة العربية في المرحلة السابقة للعقد الثامن من القرن الماضي، هو الاهتمام بزيادة عدد السكان دون إدراك الانعكاسات التي ستترتب على ذلك من ضغوط على الموارد الطبيعية وتأثيرها سلباً على الأوضاع الاقتصادية والمعيشية للسكان.
ولعل الظروف السياسية المسيطرة حينها في المنطقة والنزاعات المستمرة فيها قد ساعدت وأسهمت في ترسيخ وتعزيز مفهوم النمو السكاني بدوافع المبررات السياسية، لتلك المرحلة والتي كانت نابعة من منطلق (الغلبة للكثرة).
وبعد نمو الاتجاه نحو الاستقرار السياسي في عقد الثمانينات وما بعدها بدأت الإشكاليات السكانية تبرز بشكل واضح وتبرز معها التحديات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية، وتولدت معها الأزمات الاقتصادية والصعوبات المواكبة لها والمتمثلة في ضعف في النمو الاقتصادي وظهور اختلال في الموارد والدخول وارتفاع معدلات التضخم وانتشار ظاهرة الفقر عمت غالبية البلدان النامية وبالذات الدول الأقل نمواً ومنها بلادنا.

حجم السكان واتجاهاته :

شهد حجم السكان في اليمن نمواً ملحوظاً حيث تضاعف أكثر من ثلاث مرات في مدة زمنية أقل من ٥٠ عاماً، حيث كان عدد السكان في عام ١٩٥٠ مقدرة بـ ٤,٣ ملايين نسمة، وارتفع إلى ١٥,٨ مليون نسمة في العام ١٩٩٤م وإلى ١٩,٧ مليون نسمة عام ٢٠٠٤م.
وكان معدل النمو السكاني قد شهد ارتفاعاً غير مسبوق خلال المرحلة بين منتصف الثمانينات والتسعينات من القرن الماضي حيث وصل إلى ٣,٧٪ سنوياً ووضع اليمن في صفاف الدول ذات السرعة الفائقة في النمو السكاني في حين كان هذا النمو بطيئاً في المدة من ١٩٥٠ - ١٩٨٠م بسبب الارتفاع العالي في عدد الوفيات خلال تلك المرحلة.
وتشير الإسقاطات الحديثة أن يصل حجم السكان إلى ٣٥,٣ مليون نسمة في عام ٢٠٢٥م على أساس فرضية الوصول إلى خصوبة ٣,٣٪ في العام نفسه.

السياسة السكانية :

هي عبارة عن جملة من التدابير المباشرة وغير المباشرة الهادفة إلى التأثير الكمي النوعي على السلوك الديموغرافي وفي الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للسكان وفي إيجاد التوازن بين المتطلبات السكانية والتنمية المستدامة.
ففي العقد الأخير من القرن الماضي ظهر اهتمام ملحوظ بالمشاكل السكانية وبدأت الحكومة تعطي هذا الموضوع حيزاً كبيراً ضمن هموم واهتمام التنمية الشاملة.
ففي العام ١٩٩٠م تمّ إعداد أول إستراتيجية وطنية للسكان للمدة ٩٠ - ٢٠٠٠م.
وفي العام التالي تمّ إقرار هذه الإستراتيجية مع الخطة التنفيذية الأولى لها (برنامج العمل السكاني ٩١ - ١٩٩٥م وفي العام ١٩٩٢م تم إنشاء المجلس الوطني للسكان أعقب ذلك في العالم التالي إنشاء أمانته العامة كسكرتارية فنية للمجلس تتولى تسهيل مهام المجلس وتقوم بالأعمال التخطيطية والتنسيقية للأنشطة والبرامج والمشاريع السكانية ومتابعة تنفيذ أهداف الإستراتيجية الوطنية للسكان وتقييمها.
وفي العام ١٩٩٦م تمّ تحديث برنامج العمل السكاني للمدة ٩٦ - ٢٠٠٠م، ومع بدء هذا القرن تمّ إعداد السياسة الوطنية للسكان طويل الأجل (٢٠٠١ - ٢٠٢٥م) لتتوافق مع الرؤية التنموية طويلة المدى (٢٠٠١ - ٢٠٢٥م) وتحتوي الإستراتيجية الوطنية للسكان على الوثائق الآتية
١ - الإشكاليات والتحديات.
٢ - المبادئ والأهداف والمنطلقات (٢٠٠١ - ٢٠٢٥م).
٣ - برنامج العمل السكاني (٢٠٠١ - ٢٠٠٥م).
استوعبت السياسة الوطنية للسكان أهم القضايا المرتبطة بهموم المجتمع والمستجدات بالجوانب السكانية، وانعكس في برنامج عملها للمدة من ٢٠٠١ - ٢٠٠٥م غايات مشتركة مع إستراتيجية التخفيف من الفقر ٢٠٠٣ - ٢٠٠٥م.

الفقر وعلاقته بالسكان :

على الرغم من التقدم المذهل الذي شهده العالم في الجوانب الاقتصادية والتكنولوجية خلال النصف الثاني من القرن الماضي، إلا أن ظاهرة الفقر تعتبر من المشاكل الرئيسة التي برزت بشكل ملحوظ خلال هذه المدة حيث تفاقمت وازدادت حدتها خصوصاً في العقد الماضي، ولا تزال تنمو عاماً بعد عام.
والفقر وفقاً لإستراتيجية التخفيف من الفقر، يعتبر ظاهرة نتاج لمجموعة من العوامل الطبيعية والبشرية والسياسية المحلية والعوامل الخارجية التي تتضافر جميعها لتكون بيئة مواتية لانتشار الفقر وزيادة حدته.
كما أن الفقر يعني حرمان السكان (الناس) من مستوى معيشي معين تؤثر على قدراتهم الاقتصادية (كالقدرة المعيشية والعمل المناسب)، وقدرتهم البشرية (كالتدني في المستوى التعليمي والصحي وغيرهما)، وقدرتهم السياسية (كالحقوق في التمكين والحرية والتعبير) وقدرتهم الاجتماعية والثقافية (كالحقوق في الكرامة والحماية والمكانة).
لذا :فالفقر هو حالة من النقص الشديد في تلبية احتياجات السكان في جوانب الغذاء والتعليم والصحة والمسكن والتنقل وغيرها من الاحتياجات.
وقد ارتبطت هذه الظاهرة في بلادنا بضعف الأداء الاقتصادي والصراعات الخارجية (حرب الخليج الثانية إقليمياً - والعولمة دولياً) والداخلية (آثار مرحلة ما بعد الوحدة وحرب ١٩٩٤م وآثار برنامج الإصلاح الاقتصادي والمالي والإداري) التي تعرض لها الاقتصاد.

الفقر والفقير وخطوط الفقر :

فقر الغذاء :

هو يعني القصور في الدخل لتلبية الحاجات الغذائية الأساسية وفي كل الأحوال تحتسب هذه الحاجات على أساس كلفة الحصول على السعرات الحرارية اللازمة للفرد في اليوم الواحد.

الفقر المطلق (الأعلى) :
ويعني قصور الدخل عن تلبية الحاجات الغذائية وغير الغذائية من ملبس ومسكن وخدمات تعليمية وصحية ونقل.

خط فقر الغذاء :

وفقاً لمسح ميزانية الأسرة لعام ١٩٩٨م يقع خط فقر الغذاء عند (٢١٠١) ريال للفرد في الشهر على المستوى الوطني حيث تمثل قيمة احتياج الفرد بما يعادل (٢٢٠٠) سعراً حرارياً.

خط الفقر المطلق (الأعلى) :

يقع خط الفقر المطلق عند (٣٢١٠) ريالات في الشهر.

وضع الفقر في بلادنا :

أجريت خلال العقد الماضي ثلاث مسوحات لتشخيص وتتبع تطور ظاهرة الفقر (عم ١٩٩٢، ١٩٩٨ و١٩٩٩م)، إلا أن النتائج تظهر عدم القابلية للمقارنة لأسباب منهجية وفنية.
ففي المسح الذي جرى في عام ١٩٩٢م لم تتوافر فية الأوزان المستخدمة، ولم يكن المسح شاملاً للتأثيرات الموسمية في العام ١٩٩٣م في حين أن مسح ميزانية الأسرة للعام ١٩٩٨م يعتبر الأساس لتقدير فقر الدخل وإجراء المقارنات المستقبلية اعتماداً عليه.
وقد أظهرت نتائج هذا المسح أن ١٧,٦٪ من سكان البلاد يعيشون تحت خط فقر الغذاء في حين أن ٤١,٨٪ من السكان لا يمكنهم الحصول على كامل احتياجاتهم الغذائية وغير الغذائية (مثل المأكل والملبس والمسكن والصحة والتعليم).
وتبين مؤشرات هذا المسح خطورة الأوضاع والمعيشة لما يقارب ٦,٩ ملايين نسمة، يعانون من الفقر وأبعاده المختلفة في حين أن أعداد أخرى تعيش حول خط الفقر، وتخشى من الانزلاق تحت الخط.
كما أن فجوة الفقر مقدرة بما يقارب ١٣,٢٪ وحدة الفقر بالغة ٥,٨٪.

وتظهر بيانات هذا المسح وجود تفاوت في توزيع الدخل وتأكيداً لفجوة الفقر، وذلك لاستحواذ ١٠٪ من السكان الأعلى دخلاً على أكثر من ٢٥٪ من إجمالي الإنفاق الاستهلاكي.
ويستحوذ ٦٪ من السكان الأعلى دخلاً على ٢٠٪ من إجمالي الإنفاق في حين يتجاوز ما ينفقه ٥٠٪ من السكان الأعلى دخلاً ٧٣٪ من إجمالي الإنفاق.
لذا فإن القدرة الشرائية للشريحة الأعلى دخلاً تعادل ٢,٧ مرة تقريباً القدرة الشرائية للشريحة الأقل دخلاً وهو ما يؤدي إلى اتساع الفجوة بين الأغنياء والفقراء.
ويمكن القول إن مشكلة ظاهرة الفقر وتطورها في البلاد يمكن الاستدلال عليها من خلال مؤشرات اقتصادية واجتماعية عديدة دون قصر ذلك على مظاهر خطوط الفقر، فضعف الأداء الاقتصادي لمرحلة النصف الأول من التسعينات انعكس سلباً وبشكل ملحوظ ببروز مجموعة من الصعوبات الاقتصادية متمثلة في عجز الموازنة العامة، وكذا عجز ميزان المدفوعات، بالإضافة إلى التدهور في احتياط النقد الأجنبي وسعر العملة المحلية، وكذا الاختلال الإداري والتنظيمي وكان من أهم العوامل المؤثرة في النمو الاقتصادي الضعيف غياب إستراتيجية واضحة للتنمية وتضارب السياسات المطبقة وتدني الاستثمارات.

خصائص الفقر وتوزيعه الجغرافي :

تبين المؤشرات والبيانات التي ارتكزت عليها إستراتيجية التخفيف من الفقر وقوع الفقر في الغالبية العظمى من سكان الريف، ويقل عدد تواجده كلما اتجهنا نحو الحضر.
وتؤكد هذه المؤشرات إلى أن الريف يحتضن ما يقارب ٨٣٪ من الفقراء ويعاني ٨٧٪ من سكانه البالغ ٣/٤ السكان من فقر الغذاء.
ويصل عدد الفقراء ما يزيد عن ٤٥٪ من سكان الريف مقابل ٣٠,٨٪ من إجمالي سكان الحضر.
وعلى أساس ذلك يتفاوت عدد توزيع الفقراء بين الريف والحضر على مستوى المحافظات حيث يتمركز نصف الفقراء في أربع محافظات هي : تعز التي تحتضن ١٨,٧٪ من إجمالي الفقراء تليها إب بما يشكل ١٦,٢٪ من إجمالي الفقراء ثم محافظة صنعاء بما يشكل ١١,٩٪ من إجمالي الفقراء أخيراً الحديدة بما يشكل ١٠,٢٪ من إجمالي الفقراء.
كما تظهر المؤشرات أيضاً أن أعلى عدد في الفقر على مستوى سكان كل محافظة هي محافظة تعز فهي تشكل ٥٦٪ من إجمالي سكان المحافظة وتليها إب بواقع ٥٥٪ من سكانها، وأبين بواقع ٥٣٪ من سكانها، بعد ذلك لحج بواقع ٥٢٪ من سكانها، ثم ذمار بواقع ٤٩٪ من سكانها.
أما محافظات حضرموت والمهرة وشبوة فيصل إلى ما يشكل ٤٣٪ من السكان في كل منها، في حين نشاهد انخفاضاً في عدد الفقراء في كل من عدن بواقع ٣٠٪ من السكان فيها، وصعدة ونلاحظ تدني هذا العدد في محافظة البيضاء حيث يصل العدد إلى ما يشكل ١٥٪ من سكانها.

ومن الخصائص الاقتصادية :

- يرتفع عدد الفقراء وبشكل حاد كلما كبر حجم الأسرة فيصل العدد إلى ما يشكل ٥٠٪ بين الأسر التي يتكون أفرادها من ١٠ أفراد وما فوق ويتدنى هذا العدد ليصل إلى ما يشكل ١٪ بين الأسر المكوّنة من فرد واحد أو اثنين.
- يرتفع عدد الفقراء مع خاصية ارتفاع معدل الإعالة من الأطفال إلى البالغين من الأسرة فكلما زادت الإعالة من الأطفال ارتفع عدد الفقراء، ويقل كلما زاد العدد من البالغين، فهو يصل إلى ما يشكل ٦٦٪ عندما تكون نسبة الإعالة من الأطفال إلى البالغين أكبر من أربعة وتنخفض إلى ٥٠٪ بين الأسر التي تبلغ نسبة الإعالة من الأطفال إلى البالغين بين ٢ إلى ٣ وتتدنى إلى ٣٥٪ بالنسبة للأسر التي يزيد فيها عدد الإعالة من البالغين عن الأطفال.

نظمتها الامانة العامة للمجلس الوطني للسكان (وحدة مشروع الايدز)

ورشة العمل التوعوية بمخاطر مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)

برعاية الدكتور/ عبد الكريم راصع وزير الصحة العامة والسكان - نائب رئيس المجلس الوطني للسكان، والأخ/ أحمد الكحلاني محافظ محافظة عدن رئيس لجنة تنسيق الأنشطة السكانية بالمحافظة، نظمت الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان وعلى مدى يومين ورشة العمل الخاصة بالتوعية بمخاطر مرض الإيدز لمحافظات (عدن، لحج، أبين والضالع) للمعنيين والمختصين وقادة الرأي ومنظمات المجتمع المدني في المحافظات المستهدفة التي استمرت يومين في جامعة عدن.

شوقي العباسي

وفي حفل افتتاح الورشة ألقى الدكتور/ الخضر ناصر لصور مدير عام مكتب الصحة والسكان بمحافظة عدن منسق لجنة الأنشطة السكانية في المحافظة كلمةً رحب فيها بالمشاركين، وقيادة الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان، وأشار في كلمة إلى أهمية تضافر الجهود من أجل التوعية بمخاطر هذا المرض والحد من انتشاره، مشيداً بدور الوزارة ممثلة بالبرنامج الوطني لمكافحة الإيدز وكذا وحدة مشروع الإيدز بالأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان ودورهما في رفع الوعي لدى الناس تجاه هذا المرض الخطير.

● من جانبه ألقى الأخ/ أمين معروف الجند الأمين العام للمجلس الوطني للسكان كلمةً أشار فيها أهمية مكافحة هذا الوباء القاتل الذي يحصد الأرواح، وقال إن مريض الإيدز يجب أن يُعامل معاملة حسنة وأن تغير الصورة السلبية نحو مريض الإيدز وليس كل مريض يعد من الذين يمارسون الرذيلة، فقد ينتقل الفيروس إلى الشخص بغير علمه عن طريق الدم والأدوات الثاقبة مثل الحقن أو أدوات الحلاقة، وهذا ما يجعلنا نراعي مريض الإيدز وأن لا نحكم عليه بفساد الأخلاق وغيرها من الأحكام الجائرة.

● وأكد الأخ/ الجند في ختام كلمته على ضرورة الخروج بالتوصيات الهادفة إلى ضرورة مشاركة كافة القطاعات في المجتمع بالوقوف تجاه هذا الوباء والكل مسئول عن الحل لهذه المشكلة.

●من جانبه أكد الأخ/ أحمد الكحلاني محافظ المحافظة ضرورة مكافحة هذا المرض، وأهمية التنسيق بين الجهات المعنية للوقوف وقفة جادة تجاه هذا المرض وضرورة تدريب العاملين في القطاع الصحي، ومقدمي الخدمات الصحية كونهم حجر الزاوية في كشف حالات الإيدز، وكيفية التعامل مع الحالات المصابة بهذا المرض.

وأكد دور الإعلام في توضيح الحقائق وتزويد المجتمع بالحقائق عن هذا المرض وأسبابه، وتغيير السلوك لدى الناس، متمنياً في ختام كلمته التوفيق والنجاح لهذه الورشة والمشاركين.

● الدكتور/ عبد الله عبد الكريم العرشي المدير التنفيذي لوحدة مشروع الإيدز في الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان أشار في كلمته أن الخطوة المستقبلية تستدعي مشاركة الجميع في كافة القطاعات للوقوف تجاه هذا المرض والحد من انتشاره، وكذا ضرورة تغيير الصورة السلبية تجاه مريض الإيدز، وقال إن بلادنا تعد أكثر عُرضةً لهذا المرض نظراً لموقعها الجغرافي وقربها من القرن الأفريقي، حيث يكثر النازحين من تلك البلدان ودخولهم البلاد منهم المصابون بالمرض، بالإضافة إلى وجود شريط ساحلي كبير مما يسبب انتشار هذا المرض، وأكد في ختام كلمته أن وحدة مشروع الإيدز في الأمانة مهمتها التوعية بمخاطر هذا المرض، ورفع الوعي لدى الناس بخطورة المرض، وكذا أسباب انتشاره وكيفية الوقاية منه.

وأشار إلى أن هناك خططاً توعوية تقوم بها وحدة المشروع لما لها من أهمية في رفع الوعي والتعريف بهذا المرض وخطورته.

● بعد ذلك ترأس الأخ/ مطهر أحمد زبارة الأمين العام المساعد للمجلس الوطني للسكان جلسة العمل التي تم فيها استعراض ثلاث أوراق عمل، الورقة الأولى قدمتها الدكتورة/ فوزية غرامة مديرة البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز فيروس العوز المناعي البشري / الإيدز، حيث استعرضت الورقة تعريف المرض HIV، وكذا طرق انتقال العدوى بالفيروس، والطرق التي لا ينقل بها الفيروس والعوامل المساعدة على التعرض لخطر العدوى.

● واستعرضت الدكتورة فوزية في ورقتها عدداً من الإصابات خلال العام ٢٠٠٥م بما يقارب خمسة ملايين حالة بمعدل ١٤,٠٠٠ حالة جديدة يومياً في العالم، أما في الدول العربية فقد بلغ عدد الأحياء المصابين بالإيدز أو بفيروسه ٧٥,٠٠٠ شخص، أما في اليمن فإن عدد الحالات المصابة بفيروس الإيدز بلغ ١٨١٠ حالات من العام ١٩٨٧م حتى نهاية ٢٠٠٥م.

الورقة تطرقت كذلك إلى أعراض المرض، وكيفية التشخيص أما الفحص السريع أو الليزر، وكذا العلاج أما عن طريق المثبطات النيوكليوتيدية أو المثبطات اللانيوكليوتدية أو مثبطات البروتيز، إلا أنه لا يوجد لقاحاً ولا علاجاً شافياً لمرض الإيدز حتى الآن - لذا فالوقاية منه خير من العلاج.

● ورقة العمل الثانية قدمها الشيخ / يحيى النجار وكيل وزارة الأوقاف بعنوان "المنطلقات الشرعية في التعامل مع مرض الإيدز"، واستعرضت الورقة دلالات المرض من المنظور الإسلامي وحقوق المريض في الإسلام، من حيث تلقي العلاج والعناية بالمريض وعيادة المريض وإعفائه من بعض الواجبات الدينية.

كما تطرقت الورق إلى القواعد الإسلامية للحماية من مرض الإيدز، من حيث تحريم العَلاقات الجنسية غير المشروعة والحث على العَلاقات السوية بين الرجل والمرأة، كما تم استعراض الواجبات الشرعية على مريض الإيدز، وكذلك الحقوق في التعامل مع المصاب بهذا المرض والمنطلقات الشرعية لذلك.

● الورقة الثالثة قدمها الدكتور/ أسامة مسلم الخبير الفني لوحدة مشروع الإيدز بالأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان، حيث تطرقت الورقة إلى حقوق المريض بين النظرية والممارسة، الحق في توفير المعلومات للمريض وحقه في الحصول على العلاج وحقه في الاختيار وحقه في الخصوصية والسرية والحق في التواصل مع المجتمع وحقه في ممارسة الشعائر الدينية.

بعد ذلك فتح باب النقاش للمشاركين حيث أثريت هذه الأوراق بالآراء الهادفة إلى تعزيز الوعي بين أفراد المجتمع بخطورة هذا الوباء، وضرورة الحد من انتشاره، بعد ذلك قسمت المجموعات إلى أربع مجموعات عمل، المجموعة الأولى تخص العلماء والإعلاميين، والمجموعة الثانية، الصحة والمجموعة الثالثة تخص المجالس المحلية والبحث الجنائي والتربية والشباب، فيما المجموعة الرابعة تخص المجتمع المدني، حيث ناقشت كل مجموعة دورها في كيفية مكافحة هذا المرض والحد من انتشاره، وكيفية التعامل مع المرضى، وفقاً لما قدم من أوراق عمل خلال هذه الورشة، حيث خرجت كل مجموعة بعدد من الآراء والمقترحات والتوجيهات المهمة في هذا الجانب، وقد تم في نهاية الورشة الخروج بالتوصيات الآتية :

١ - ضرورة مشاركة كافة قطاعات المجتمع حول التصدي لهذا المرض والكل مسئول عن المشكلة.
٢ - أهمية دور العلماء والمرشدين حول إلقاء الضوء على الموقف الشرعي الصحيح تجاه المرض ومرض الإيدز، ودورهم في رفع الوعي بالمفاهيم الخاصة بالمرض.
٣ - تفعيل دور الإعلام لتزويد الناس بالحقائق حول المشكلة وأسبابها، ودوره في صياغة الرأي العام لرؤية سليمة لوضعية المرض والمرضى في اليمن.
٤ - الاهتمام بتنفيذ خطط التدريب والتأهيل للعاملين في المجال الصحي والتوعوي في الجانب الحكومي ومنظمات المجتمع المدني.
٥ - إعداد البرامج التوعوية في وسائل الإعلام الجماهيري وعبر الاتصال المباشر بما يخدم المريض والمجتمع.
٦ - حث وزارة الأوقاف على أهمية التوعية بالمشكلة وكيفية الوقاية من المرض من خلال الخطب في المساجد والمحاضرات وتوفير الإمكانيات اللازمة لتنفيذ ذلك.
٧ - إصدار النشرات التوعوية الدورية الهادفة إلى رفع وعي المجتمع بخطورة المرض.
٨ - يوصي المجتمعون وزارة الصحة والسكان بتوفير العلاج المجاني المستمر لمرضى الإيدز.
٩ - يوصي المجتمعون وزارة الصحة والسكان بتوفير أجهزة "الليزر" ومحاليلها في مستشفيات المحافظات كافة.
١٠ يوصي المجتمعون وزارة الصحة العامة والسكان بتفعيل القرار الوزاري الخاص بمنع نقل الدم إلا بعد إجراء فحص الإيدز.

حضرا لورشة الدكتور/ عبد الوهاب راوح رئيس جامعة عدن، وعدد من الإخوة الأكاديميين والمهتمين في هذا الجانب.

---

١٢٠ مليون مراهق بالشرق الأوسط يحتاجون لبرامج صحية لعبور هذه المرحلة

إهمال الإحتياجات الصحية للمراهقين تؤدي إلى زيادة نسبة الامراض المنقولة جنسياً ومرض الإيدز وأيضاً الأمراض التي تحدث في منتصف العمر مثل سرطان الرئة وأمراض القلب والتهاب الشعب الهوائية

اهتمت منظمة الصحة العالمية مؤخراً بصحة المراهقين التي تعد جزءاً من الصحة الإنجابية في الاستجابة للاحتياجات الصحية للمراهق، من خلال برامج صحة الأمومة والطفولة، والصحة المدرسية والتثقيف الصحي. وقد يتساءل كثيرون عن علاقة صحة المراهقين بالصحة الإنجابية؟؟ وما هي الأوضاع الصحية المرتبطة بصحة المراهقين؟؟ ولماذا يهتم بهذه الفئة؟؟

وردة العواضي

لماذا جاء الاهتمام بصحة المراهق؟؟

المراهقين هم الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ - ١٩ سنة، ويشكلون ٢٠٪ تقريباً من سكان العالم، فهناك مراهق واحد لكل (٥) أفراد من سكان العالم، ويعيش ما يقارب ٨٥٪ من المراهقين في الدول النامية، وهذه العدد في ازدياد مستمر، ونوضح هذه الزيادة المستمرة بتسليط الضوء على عدد المراهقين، في إقليم الشرق المتوسط، ففي عام ١٩٧٥م قدر عدد المراهقين ما يقارب ٥٧,٥ مليون نسمة، وارتفعت إلى ٨٤,٧ مليون نسمة في عام ١٩٩٠م، واستمرت في الزيادة إلى ما يقارب ١٢٠,٣ مليون مراهق في عام ٢٠٠٠م.

وقد عانى المراهقون وحتى وقت قريب، من الإهمال لتلبية احتياجاتهم الصحية والتنموية، التي تتخذ طابعاً خاصاً، وذلك لأسباب متعددة منها، أن مرحلة الطفولة إلى سن الرشد.

ومن الجدير بالذكر أن منظمة أن منظمة الصحة العالمية بدأت في عام ١٩٦٥م تسليط الضوء على هذه الشريحة المهمة من المجتمع، عندما عقدت اجتماعاً للجنة تقنية من الخبراء والعلماء، لمناقشة المشكلات الصحية الخاصة بالمراهقين، وفي عام ١٩٧٧م تم عقد الاجتماع الثاني للجنة التقنية لمناقشة الاحتياجات الصحية والاجتماعية للمراهقين.

وقد استجاب المكتب الإقليمي لشرق المتوسط للنداء بالاهتمام بصحة المراهقين، حينما عقد مشاورتين إقليميتين في عام ١٩٩٣ و١٩٩٥م، حيث تم بحث عدم توافر معلومات دقيقة خاصة بجوانب مهمة من صحة المراهقين، وشملت التوصيات اتخاذ الخطوات اللازمة للاستجابة لاحتياجات المراهقين الصحية، وذلك من خلال برامج رعاية صحة الأمومة والطفولة، والصحة المدرسية. ثم تلا ذلك تنظيم حلقة مدرسية خاصة، لمراجعة وتعزيز خدمات الصحة المدرسية والتثقيف الصحي بالمدارس في عام ١٩٩٦م.

ما هي الأوضاع الصحية المرتبطة بصحة المراهق وأسباب الاهتمام بهم؟؟

هناك العديد من الأسباب المهمة المترابطة، التي تحثنا على الاهتمام بصحة المراهقين، وتتعلق هذه الأسباب بصحة المراهق إلى أن يعبر مرحلة المراهقة بسلام.

وهناك أسباب خاصة بالمرحلة المقبلة من العمر، والتي تتبع مرحلة المراهقة، وأيضاً تستمر هذه الأسباب إلى الجيل المقبل، أي أولاد وبنات المستقبل، وحين تهتم الجهات الصحية المحلية أو الدولية بصحة المراهقين، فإنها تنشد تحقيق عدة أهداف منها : التقليل من المرض وعدد الوفيات بين المراهقين، حيث قدرت منظمة الصحة العالمية عدد الوفيات بين المراهقين بما يقارب ١٠٧ ملايين مراهق كل عام، وذلك غالباً بسبب الحوادث والعنف ومخاطر الحمل والولادة، أو أسباب أخرى من الممكن تداركها بالوقاية والعلاج.

كما يجب أن نتذكر أن المراهقين يصابون بأمراض مزمنة تعوق فرصهم للازدهار والتقدم.

والهدف الثاني هو التقليل من عبء الأمراض في المستقبل، فعلى سبيل المثال يؤدي سوء التغذية بين الأطفال والمراهقين إلى مشاكل صحية تلازمهم طوال العمر، كما أن إهمال الاحتياجات الصحية للمراهقات أثناء مدة الحمل، يؤدي إلى مخاطر صحية للأم والمولود، بالإضافة إلى الزيادة المطردة بين عدد الأمراض المنقولة جنسياً ومرض الإيدز، وأيضاً الأمراض التي تحدث في منتصف العمر، مثل سرطان الرئة وأمراض القلب التهاب الشعب الهوائية بسبب التدخين، خصوصاً إذا بدأ في سن المراهقة.

كما تسعى الجهات الصحية من وراء ذلك إلى الاستثمار في الصحة اليوم وغداً، ذلك أن الممارسات الضارة غير الصحية، التي يقتبسها المراهق والمراهقة اليوم قد تستمر معهم مدى الحياة، فمراهقو اليوم هم آباء وأمهات وقادة ومعلمو الغد، فما سيتعلمونه ويقتبسونه اليوم سيعلمونه إلى أطفالهم في الغد بالأخطاء نفسها، وأخيراً فإن هذا الاهتمام بالمراهقين هو حق إنساني لهم.

وفقاً لنص المادة ٢٤ من وثيقة حقوق الإنسان باب حقوق الطفل التي تنص على أن "تعترف الدول الأعضاء بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي، يمكن بلوغه في مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي، وتبذل الدول قصارى جهدها لتضمن ألا يحرم أي طفل من حقه في الحصول على خدمات الرعاية الصحية هذه".

ماذا نقصد بصحة المراهق والصحة الإنجابية

تعريف الصحة الإنجابية حسب تعريف منظمة الصحة العالمية، بأنها حالة من المعافاة الكاملة بدنياً ونفسياً واجتماعياً، وليس فقط في الأمور المتعلقة بخلو المرض والعجز لدى الفرد.

وهذا التعريف يعبر حدود خلو المرض والعجز، ليشمل ظروفاً يعاني منها ملايين من المراهقين، مثل الفقر وقلة التعليم والاستغلال والحروب والقلاقل المدنية، والتمييز على أساس العرق والجنس.

ومثل هذه الأمور تؤثر على الصحة البدنية والنفسية والاجتماعية تأثيراً سلبياً. وتعتبر الصحة الإنجابية جزءاً من صحة المراهقين، وحقاً من حقوقهم الأساسية التي تؤثر على نوعية حياتهم ومستقبلهم، وقد أظهرت نتائج الأبحاث والدراسات المختلفة حول صحة الإنجاب، أن الشباب والمراهقين يرغبون في التعرف أكثر على مختلف جوانب الصحة الإنجابية، ومناقشة هذا الأمر فيما بينهم، أو مع ذوي الخبرة من البالغين.

كما أظهرت الدراسات أن المراهقين تنقصهم المعلومات الكافية المتعلقة بالأبعاد المختلفة للصحة الإنجابية، ومثل هذا النقص في المعلومات يعرضهم لمخاطر متعددة من الممكن تجنبها، حيث نلاحظ عدم إلمامهم بعوامل الخطورة أو الأماكن والوسائل المختلفة للوقاية والعلاج.

ما هو الدور المتوقع من الدول بالاهتمام بصحة المراهقين؟

الحقوق والالتزامات الأساسية المتعلقة بتعزيز صحة المراهقين وحمايتها، وردت في اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الطفل، وكذلك في الاتفاقية التي تنص على القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة.

ويتزايد الدعم التعزيز من خلال مؤتمرات وبيانات دولية، مثل المؤتمر الدولي للتنمية والسكان سنة ١٩٤٤م، والمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة سنة، ١٩٩٥م وبرنامج العمل العالمي للأمم المتحدة من أجل الشباب ضد عام ٢٠٠٠م، وما بعده، بالإضافة إلى ذلك فقد اعتمدت كل من منظمة الصحة العالمية، وبرنامج الأمم المتحدة للسكان، واليونيسيف تدابير صريحة لدعم وتشجيع وتعزيز القوانين والسياسات والمراجع الوطنية، من أجل المراهقين.

وهناك كثير الذي يمكن أن تقوم به الدول في هذا المجال. وتشمل الإجراءات المتوقعة على المستوى الدولي الدفاع عن صحة المراهقين والدعوة إلى وضع سياسات وبرامج لصحة المراهقين، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية، على أساس الفائدة المرجوة في مجال الصحة العمومية والفوائد الاقتصادية التي نجنيها من الاستثمار في صحة الشباب وتنميتهم، ووصف الاحتياجات والحث على الالتزام بتسديدها، من خلال الاشتراك في رعاية تحليلات الأوضاع، وتخطيط الأنشطة عن طريق مشاركة جدية من الشباب، مثل إنشاء فرق عمل وطنية متعددة لقطاعات، أو عقد حلقات علمية وطنية بغرض إقامة تحالفات مع المنظمات المهمة، ووضع خطط عمل مشتركة.

وبناء وتنمية القدرات مع البدء في حملات تدريب وتوعية تعاونية، تستهدف المواطنين بمن فيهم المراهقون وموظفو الهيئات، من أجل تحسين برامج صحة المراهقين وضمان استمرارها، وضمان استمرار العمل بدعم وتنفيذ خطط العمل القطرية، التي تركز بوضوح على الأنشطة وتعبئة الموارد المحلية، والاستفادة من البنى الأساسية الموجودة في القطاعين العام والخاص وفي المنظمات غير الحكومية.

ما هي الآليات لإنجاح برامج صحة المراهقين؟؟؟

اشتركت في نوفمبر ١٩٩٥م كل من منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف في "مجموعة دراسة". لوضع برامج تعنى بصحة المراهقين، وعلى أساس الخبرات المتوافرة في هذا الوقت لاسيما في الدول النامية وقامت مجموعة الدراسة باستعراض الشواهد العلمية المتعلقة بفاعلية التدخلات الرئيسة في مجال صحة المراهقين، وبحث العوامل والإستراتيجيات الرئيسة لإعداد وتنفيذ البرامج التي تتعلق بصحة المراهقين، والعمل على ضمان استمرار هذه البرامج، مع إعداد إطار عمل مشترك للبرامج الصحية المحلية لكل دولة، وتحديد الإجراءات ذات الأولوية التي ينبغي اتخاذها لتسريع وتعزيز برامج صحة المراهقين، بما في ذلك الدعم العالمي والإقليمي. وبشكل عام فإن البرامج الناجحة يجب أن ترتكز على الحصول على معلومات دقيقة عن المراهقين، وبناء مهاراتهم، والحصول على المشورة الصحية للوصول إلى الخدمات الصحية، بما فيها خدمات الصحة الإنجابية والعيش في بيئة مأمونة وداعمة للمراهقين.