الأربعاء ٥ جماد الأول ١٤٢٥هـ الموافق ٢٣ يونيو ٢٠٠٤م العدد (١٤٤٦٩)
Wed, 23 Jun. 2004 ..5/5/1425 - No ، (14469)

مـراحل النمـو السكاني لمدينة عـدن

■،، لقد عرفت مدينة عدن التعدادات السكانية بعد الاحتلال البريطاني لها في عام ١٨٣٩م وتعتبر ثاني مدينة عربية بعد القاهرة بمصر، وقد اجري أول تعداد في مدينة عدن للسكان عام ١٨٨١م ثم كانت تجرى التعدادات السكانية كل عشر سنوات حين كانت مستعمرة عدن تابعة لحكومة الهند عام ١٩٣٧م بعد ذلك التاريخ تحولت إدارة سلطات مستعمرة عدن من حكومة الهند لتكون تابعة مباشرة لوزارة المستعمرات البريطانية بلندن نظراً للأهمية التي بدأت تحتلها مدينة عدن، إلا ان التعدادات لم تكن منتظمة حيث اجرت الحكومة البريطانية في عدن تعدادين فقط لمستعمرة عدن وذلك في عامي ١٩٤٦م و١٩٥٥م وبعد خروج المستعمر من الجنوب اجري تعدادان سكانيان في جمهورية اليمن الديمقراطية الشعبية سابقاً "المحافظات الجنوبية" خلال عامي ١٩٧٣م و١٩٨٨م وفي إطار دولة الوحدة للجمهورية اليمنية اجري أول تعداد سكاني عام ١٩٩٤م.

النمو السكاني

ذكر كابتن هنس في تقرير لحكومة الهند في يناير ١٨٣٩م ان عدد سكان المدينة كان ٦٠٠ نفس.. ولكن بعد ستة أشهر من الاحتلال قام البريطانيون بتوقيع معاهدة صداقة وسلام مع سلطان لحج مما شجع ذلك الناس بالعودة إلى عدن بعد ان كانوا قد فروا منها عند دخول البريطانيين المدينة، هذا وقد وصل عدد السكان في شهر سبتمبر من نفس السنة ٢٨٨٥ نسمة. وفي مارس ١٨٤٠م بلغ عدد سكان المدينة ٤٦٠٠ نسمة.

وبدأ سكان عدن في الارتفاع، وبدأت المدينة تشهد نهضة عمرانية حيث شرعت في استعادة مجدها الغابر وبالذات بعد إعلانها ميناء حر عام ١٨٥٠م مما ادى إلى تدافع العديد من الجنسيات الأجنبية في القدوم لمدينة عدن، إلى جانب الهجرة الداخلية من بقية اجزاء اليمن الاخرى، والجدول التالي يوضح لنا تطور التعداد السكاني لمدينة عدن منذ الاحتلال البريطاني عام ١٨٣٩م وحتى آخر تعداد عام ١٩٩٤م.

ويمكننا من خلال الجدول تحديد المراحل الزمنية التي تطور فيها النمو السكاني للمدينة وذلك على النحو التالي:

الفترة الأولى ١٨٣٩-١٨٧٢م:

وتمتد هذه الفترة الزمنية إلى ٣٣ عاماً منذ بداية الاحتلال وتعتبر هذه المرحلة هي مرحلة التعدادات والتقديرات غير الدقيقة وقد بلغ معدل النمو السكاني (٨,٠٥٪)، وهو معدل نمو سكاني كبير مقارنة بعدد السكان في مدينة عدن آنذاك بحدود (١٢٨٩) نسمة ووصل عددهم عام ١٨٧٢م (١٩٢٨٤) نسمة.

إذ أن الزيادة السكانية لم تأتِ نتيجة الزيادة الطبيعية في عدَن السكان الطبيعيين لمدينة عدن أو من بقية السكان اليمنيين الذين وفدوا إليها من مختلف المناطق اليمنية، بل جاءت نتيجة للهجرة الخارجية من خارج اليمن من أوروبيين وصومال وهنود وجنسيات اخرى، وقد وصلت نسبة تعدادهم مقارنة بسكان مدينة عدن في تقديرات الاعوام من ١٨٤٥-١٨٥٦م إلى حوالي ٢٣٪ من اجمالي سكان المدينة.

الفترة الثانية ١٨٨١-١٩٣١م:

وتمتد هذه الفترة إلى ٥٠ عاماً وهي الفترة التي كانت مدينة عدن تدار من قبل إدارة نائب الملك في الهند وقد اجريت في هذه الفترة ستة تعدادات يفصل بين كل تعداد عشرة أعوام.

ومن خلال قياس نسبة النمو خلال تلك الفترة نلاحظ أنها بلغت قرابة (٠,٨٪) حيث ان عدد السكان كان عام ١٨٨١م حوالي (٣٥٠٠٠) نسمة ووصل عددهم عام ١٩٣١م حوالي (٥١٥٠٠).

الفترة الثالثة: ١٩٣٧-١٩٥٥م:

وتمتد هذه الفترة بحدود ١٩٤٦م و١٩٥٥م.

وقد بلغت نسبة تعداد سكان مدينة عدن عام ١٩٦٥م حسب التقديرات بحوالي (٢٨٥٠٠٠) نسمة وقد بلغت نسبة النمو خلال هذه الفترة (٦,٥٥٪) وهي نسبة كبيرة ،مما جعلها أكثر مدن شبه الجزيرة العربية تعداداً للسكان.

الفترة الرابعة: ١٩٧٣-١٩٩٤م:

وهي المرحلة التي اعقبت الاستقلال الوطني وبعد مرور ١٨ عاماً عن آخر تعداد سكاني اجري في مدينة عدن فقد بلغ تعداد سكان مدينة عدن عام ١٩٧٣م حوالي ٢٤٠٣٨٨ نسمة وفي عام ١٩٨٨م بلغ تعدادهم (٣٨٦٧١٧) نسمة ووصل تعدادهم في شهر ديسمبر عام ١٩٩٤م حوالي (٥٦٢١٦٢) نسمة وهو أول تعداد اجري في الجمهورية اليمنية بعد قيام دولة الوحدة المباركة.

(١٨) عاماً حين كانت عدن تقع تحت اشراف وزارة المستعمرات البريطانية وقد اجري خلال هذه الفترة تعدادان في عامي

جدول يبين النمو السكاني لمدينة عدن

العام	عدد السكان
١٨٣٩	١٢٨٩
١٨٤٠	٤٦٠٠
١٨٤٢	١٥٠٠٠
١٨٥٦	٢٠٦٥٤
١٨٧٢	١٩٢٨٩
١٨٨١	٣٥٠٠٠
١٨٩١	٤٤١٠٠
١٩٠١	٤٤٠٠٠
١٩١١	٤٦٢٠٠
١٩٢١	٥٦٥٠٠
١٩٣١	٥١٥٠٠
١٩٤٦	٨٠٥١٦
١٩٥٥	١٣٨٤٤١
١٩٧٣	٢٤٠٣٨٠
١٩٨٨	٣٨٦٧١٧
١٩٩٤	٥٦٢١٦٢

انعقدت في بيروت في الفترة (١٥-١٨) يونيو الجاري

بلادنا تشارك في فعاليات ورشة عمل حول مرض نقص المناعة المكتسبة "الإيدز" في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

■،، نظم برنامج الأمم المتحدة للإيدز ورشة عمل خلال الفترة (١٥-١٨) يونيو ٢٠٠٤م في بيروت وذلك ضمن برنامج اهتماماته في الوقاية ومكافحة هذا الوباء القاتل الذي يحصد العديد من الأرواح وخاصة بين الشباب وتعرض المجتمعات التي ينتشر فيها هذا الوباء بشكل واسع إلى فقدان العديد من القوى العاملة وتضاعف عبء الإعالة لليتامى كنتيجة لفقدان آبائهم وأمهاتهم.

وكان الهدف من هذه الورشة مراجعة أوضاع انتشار هذا الوباء في المنطقة والخروج بمقترحات عملية تحدد فيها أولويات العمل للبلدان المشاركة والاجراءات والأنشطة اللازم تنفيذها حتى عام ٢٠٠٥م وقد مثل بلادنا في هذه الفعالية الاخ مجاهد أحمد الشعب مدير عام الإعلام والاتصال السكاني بالأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان عضو الفريق الوطني للوقاية من ومكافحة الإيدز، وقد عرض لما قامت به بلادنا حتى الآن في هذا المجال باقرار استراتيجية وطنية للوقاية من ومكافحة الإيدز عام ٢٠٠٢م.

يذكر أنه تم وضع خطة وطنية على ضوء الاستراتيجية تضم كل الجهات الحكومية وغير الحكومية ذات العلاقة، كما نفذت دراسة ميدانية حول المجموعات والسلوك المحفوف بمخاطر الإصابة بالإيدز في أربع محافظات بالإضافة إلى أمانة العاصمة وذلك خلال عام ٢٠٠٢م كما تقام العديد من الأنشطة والحملات الإعلامية المكثفة لرفع الوعي العام في أوساط الشباب بشكل خاص حول هذا الوباء والوقاية منه.

الزواج المبكر وانعكاساته السلبية على المرأة والمجتمع

■،،في إحدى زوايا مستشفى الكويت الجامعي في صنعاء جلست فاطمة بجسدها النحيل وعيونها الغائرة ومعها ثلاثة أطفال. كانت فاطمة تنتظر قريبتها المريضة في قسم النساء والولادة وهي تصرخ بصوت مبحوح على أطفالها الثلاثة ليصمتوا ويهدأوا . ومن حديث جانبي بين فاطمة وإحدى النساء علمت انها في السابعة عشرة من عمرها وأنها تزوجت في الثالثة عشرة بحسب الأعراف والتقاليد اليمنية . لم تكن فاطمة حالة استثنائية بل حالة طبيعية للزواج في اليمن، حيث تنتقل الفتاة الصغيرة الى عالم المرأة من دون النظر إلى أي اعتبارات سوى ذريعة الستر ودعوى العفة وتحت مفاهيم بدائية لا ترى في كيان البنت الا مستنقعاً يتطاير منه شرر الجريمة وتنبعث منه روائح الشر.

ونظراً لفداحة القضية وتأثيرها السلبي اعتبرت اللجنة الوطنية للمرأة أن الزواج المبكر هو نوع من العنف الموجه ضد الفتيات وتجب مناهضته. اللجنة أكدت في مؤتمر عقد أخيراً في صنعاء حول العنف ضد النساء أن الزواج المبكر يتسبب في محدودية التمتع بالفرص التي تتيح تطوير قدرات ومواهب الفتيات كما أنه يحد من مواصلة التعليم ويؤثر سلباً على صحة الفتيات بسبب الحمل والولادة المبكرة وتعاقبها وكثرة الولادات وما ينتج عنه من آثار سلبية على نوعية تربية الطفل التي من المفترض أن تتولاها أم صغيرة. ورأت اللجنة الوطنية أن الفقر يعتبر من أهم أسباب عدم تمكين المرأة من الحصول على الفرص وتمكينها من اتخاذ القرارات التي تؤثر على حياة الفرد وصنعها سواء كان رجلاً أو إمرأة وعلى مسيرة عملية التنمية في شكل عام داعية الى دعم البرامج التنموية وتعزيز مشاركة المرأة في عملية التنمية المستدامة في اليمن.

وأظهرت الدراسات أن سن الزواج يؤثر على مدى ونوعية مشاركة المرأة في الحياة الاقتصادية العامة وأن ارتفاع معدل الخصوبة من شأنه إضافة أعباء أسرية متزايدة خلال فترة الحمل وبعدها مما يشكل عائقاً أمام المرأة في الحصول والحفاظ على وظيفة دائمة. أما الزواج المبكر فهو يؤثر على درجة التحصيل العلمي للإناث وبالتالي إضعاف قدراتهن على المنافسة في سوق العمل. وتقول الدراسات أن الوضع الإنجابي للمرأة اليمنية يتأثر بموقعها في المجتمع ووصولها المحدود إلى الموارد ومشاركتها الضعيفة في عملية اتخاذ القرار في الحياة الخاصة والعامة. وبمعنى آخر تعتبر الصحة العامة والإنجابية للمرأة متدنية جداً بسبب التعليم المتدني والوصول المحدود لخدمات الرعاية الصحية الأولية وخدمات الصحة الإنجابية الملائمة وسن الزواج المبكر ومعدلات الخصوبة والولادات المرتفعة بما في ذلك الولادات المتتالية المتقاربة وأعباء العمل.

انتصار سالم فتاة صغيرة لم تتجاوز ١٦ سنة تزوجت من شخص يكبرها بنحو ٢٠ سنة غادر قبل خمس سنوات إلى خارج اليمن ولم تعد تعرف عنه شيئاً، انتصار لديها طفلتان جميلتان تنوي تعليمهما وتبحث عن فرصة عمل تخفف من وطأة بقائها في منزل أمها التي تزوجت بعد وفاة أبيها . وتستطرد انتصار: عندما أرى إنساناً ناجحاً أتمنى أن أكون مثله إلا أن المشاكل التي حدثت معي منذ زواجي أجبرتني على قطع تعليمي ووضعي غير المستقر جعلني غير قادرة على مواصلة التعليم بعد غياب زوجي فلقد حاولت أن أعود إلى مقاعد الدراسة إلا أنه لم تعد لدي القدرة على الاستيعاب ولكنني مصرة على تعليم بناتي على رغم المصاريف الكثيرة".

والغريب في الأمر أن الزواج المبكر لم يحل مشكلة العنوسة في اليمن والتي انتشرت بشكل كبير في الآونة الأخيرة. وتشير الدراسات إلى أن نسبة العنوسة زادت لأسباب تتعلق بارتفاع نسبة البطالة ورغبة الفتيات في مواصلة التعليم الجامعي فضلاً عن المغالاة في المهور. وأوضحت دراسة أعدتها جمعية تعنى بشؤون الاسرة والزواج وتنظيم حفلات الزواج الجماعي في اليمن ان نسبة الاناث اللواتي لم يتزوجن من الفئة العمرية ٣٠ إلى ٤٩ قد ارتفعت من ٧.٣ في المئة في الثمانينات إلى ١١ في المئة عام ٢٠٠١.

وهناك بعد آخر أكثر خطورة للزواج المبكر خصوصاً على الفتيات وهو تسربهن من التعليم الابتدائي. اذ يلاحظ أن هناك تفاوتاً كبيراً بين الطلبة والطالبات فمعدل الالتحاق بين الطلبة بلغ ٧٨.٥ في المئة بينما بلغ بالنسبة للطالبات نحو ٤٨.٩ في المئة من إجمالي السكان في الفئة العمرية الموازية لها على مستوى البلاد. وتزداد حدة التدني لحالة الالتحاق في الريف بشكل كبير. فبلغ معدل الالتحاق للطالبات ٣٨.١ في المئة مقارنة بنحو٢٧.٣ في المئة عام ١٩٩٤، وتستهدف الاستراتيجية الوطنية لتعليم الفتاة على المدى المتوسط والبعيد تشجيع ورعاية وتعليم الفتيات وتضييق الفجوة القائمة بينهم في معدلات التعليم.

وكانت لجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة عبرت في أحد تقاريرها عن القلق الشديد إزاء التدني الكبير في سن الرشد القانونية المحددة على أساس البلوغ الجنسي أي ١٠ سنوات للأولاد و٩ سنوات للبنات في اليمن . كما انتقدت اللجنة خفض الحد الأدنى القانوني لسن الزواج من ١٨ إلى ١٥ سنة بالنسبة للذكور بدلاً من زيادة تلك السن بالنسبة للبنات كما حثّت اليمن على تنظيم حملات توعية على الآثار الضارة للزواج المبكر.

وفي ما يتعلق بصحة المراهقين عبرت اللجنة الدولية عن قلقها إزاء ارتفاع وتزايد معدل الحمل في أوساط المراهقات وعدم كفاية فرص الحصول على خدمات التثقيف والمشورة الصحية في مجال الانجاب للمراهقين بما في ذلك عدم كفايتها خارج المدارس.

وتؤكد سعاد القدسي مديرة مركز المرأة للدراسات والتدريب أنه على رغم أن معظم القوانين المدنية اليمنية تستند على مبدأ المساواة بين الجنسين إلا أن التمييز ضد المرأة يعود بالدرجة الأساسية إلى التنشئة الاجتماعية التي ترتبط بأنواع من السلوك السائدة في المجتمع اليمني المحافظ. وتشير إلى أن هذه التنشئة تعطي للذكر كل الصفات الحميدة وتظهر الإناث في مرتبة أدنى وتسعى إلى حملهن على قبول هذا الوضع باعتباره من الأمور المسلم بها حيث تؤكد هذه الأدوار في الأسرة والتعليم الرسمي والإعلام وهذه التنشئة تحد من قدرات المرأة وإمكاناتها ومهاراتها وتضيق من قدرتها على الاختيار وعلى المشاركة الإيجابية في التنمية وحركة التطور في المجتمع

وترى الدكتورة نجاة صائم خليل أستاذة علم النفس في جامعة صنعاء أن هناك علاقة بين طموحات الفتاة والبيئة الاجتماعية التي تعيش فيها فنتيجة للتنشئة الاجتماعية للفتاة منذ نعومة أظافرها تتعود على كبح طموحها وخاصة إذا كان هذا الطموح يتجاوز إمكاناتها الذاتية والاجتماعية فعلى سبيل المثال نجد أن الفتاة عادة ما تنشأ على ان الوظيفة المناسبة للمرأة هي التدريس بالدرجة الأولى ونجد أن معظم الفتيات في اليمن يتجهن الى هذه المهن شعورياً أو لا شعورياً بل ونجد ان البعض منهن لديهن امكانات تؤهلهن لشغل مهن أخرى مثل الطب أو الهندسة. غير انهن يتراجعن عن ذلك لأنهن يعتبرن أن مجرد الطموح في شغل مثل هذه المهن حلم بعيد المنال.

* عن المؤتمر نت.

الصحة والتغذية والسكان في منطقة الشرق الأوسط

■،، حققت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وهي منطقة غنية بمواردها الطبيعية والثقافية على السواء تحسينات كبيرة في الوضع الصحي، فخلال العقود الثلاثة الماضية انخفضت معدلات وفيات المواليد والأطفال، وتحسن تقديم الخدمات الصحية، وارتفع العمر المتوقع الشامل وانخفض عدد الأطفال الذين يموتون قبل أن يبلغوا السنة الخامسة من العمر في جميع دول المنطقة، ويعيش الناس عمراً يطول عما كان بثلاثة عشر عاماً في المتوسط، مع بعض الدول في المنطقة تقدم الدليل على أن العمر المتوقع بها مساو للدول الأوروبية وعلى الرغم من هذه الانجازات لا تزال دول الشرق الأوسط وشمال افريقيا تواجه عدداً من العقبات في تحقيق خدمات صحية لسكانها تتميز بالكفاءة والعدالة والاستدامة.

التحديات القادمة

وعلى الرغم من التحسينات الشاملة في الوضع الصحي في منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا، إلا أن التغيرات الديموغرافية والتحولات في عبء الامراض تساهم في زيادة ضغوط التكلفة على أنظمة الصحة في البلاد، ففي معظم دول منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا تنخفض معدلات الأمراض المعدية في حين تزداد الأمراض التي لاتنتقل بالعدوى، مثل السرطان ومرض القلب، من حيث العدد بالنظر للتحول الحضري السريع وتغيير أساليب الحياة فيحلول عام ٢٠٢٠م يقدر ان تصبح الأمراض التي لا تنتقل بالعدوى مسؤولة عن ٦٠٪ من عبء الامراض ، ٧٢٪ من الوفيات في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بالمقارنة بنسبة ٤٥٪ من عبء الأمراض ، ٥٦٪ من الوفيات.

وتعتبر معدلات الاصابات ايضاً مصدر قلق صحي هام بالنسبة لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في عام ٢٠٠٠م ارتفعت الوفيات بسبب حوادث الطرق إلى حد بلغ ٣٦ لكل ١٠,٠٠٠ بالمقارنة بـ١,٥ في المملكة المتحدة وتشير بيانات من عام ١٩٩٩م إلى أن الاصابات كانت السبب الرئيسي للوفاة بين فئة العمر الأكثر إنتاجاً اقتصادياً في الدول المرتفعة والمنخفضة الدخل على السواء، ويقدر ان الاصابات سوف تكون مسؤولة عن ٢٠.٥٪ من عبء الأمراض في عام ٢٠٢٠م بالمقارنة بنسبة ١٣٪ حالياً.

وتصبح الأمراض المعدية الناشئة والتي تعاود الظهور مشكلة كبيرة بصورة متزايدة تتعلق بالصحة العامة، وفي حين لا يزال انتشار فيروس الايدز في المنطقة منخفضاً نسبياً، إلا أنه كانت هناك ٨٠,٠٠٠ حالة عدوى جديدة في عام ٢٠٠٠م وهناك دليل متزايد على أن فيروس الايدز ينتشر الآن بسرعة خارج الجماعات المعرضة للخطر تقليدياً، وقد زادت أيضاً معدلات العدوى بمرض الدرن في السنوات الأخيرة ويرجع ذلك جزئياً إلى زيادة حالات فيروس مرض الايدز.

كما يمثل عدم المساواة في الخدمات الصحية تحدياً آخر عبر المنطقة وفي داخل كل دولة، فمثلاً تتفاوت معدلات وفيات المواليد من ٨ لكل ١٠٠٠ مولود حي في الامارات العربية المتحدة إلى ١٠٠ في جيبوتي، واختلافات معدل وفيات الامهات عند الولادة لافتة للنظر فتبلغ ٥ وفيات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي في الكويت، بالمقارنة بـ ٥٧٠ وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي في جيبوتي، ويؤثر سوء التغذية على ٦٪ من الأطفال في قطر، ولكنه يؤثر على ٥٢٪ في اليمن، وأصبحت التغذية المفرطة مشكلة أكثر أهمية من سوء التغذية، في مصر تصل مستويات السمنة إلى ٧٠٪ بين النساء ٤٨٪ بين الرجال.

وكذلك تتفاوت أنظمة تقدير الرعاية الصحية بدرجة كبيرة في دول منطقة الشرق الأوسط، فيوجد في جيبوتي ٠,٢٪ من الأطباء فقط لكل ١٠٠ شخص، في حين ان العدد يصل إلى ٢.١ في لبنان لكل ١٠٠٠ بالمقارنة بمتوسط للمنطقة يبلغ ١.٢٪ ويتراوح عدد الأسرة في المستشفيات بالنسبة لعدد السكان الاجمالي بين ٠.٦ سرير لكل ١٠٠ شخص في اليمن ٤.٣ سرير لكل ١٠٠٠ شخص في ليبيا، فيما يبلغ المتوسط في المنطقة ١.٩ سرير، وعلى الرغم من أن عدد الأسرة والنفقات العالية بالنسبة للأنظمة الصحية، فإنه لا يندفع بأسرة المستشفيات بكفاءة حيث يقل كثيراً معدل الالتحاق بالمستشفيات في كل البلاد تقريباً عن ٧٠٪.

وبالمقارنة بالمتوسط الاقليمي الذي يبلغ ٥٪ من اجمالي الناتج المحلي الذي ينفق على الصحة ،يتفاوت الانفاق على الصحة على نطاق واسع من ٢.٥٪ من اجمالي المحلي في عمان إلى أكثر من ١٢٪ في لبنان. وفي معظم دول ساحل الخليج والجزائر يبلغ الانفاق العام على الحسابات المتعلقة بالصحة نحو ٨٠٪ من اجمالي الانفاق العام على الصحة، في حين ان نصيب المصروفات الاجمالية على الصحة التي انفقها القطاع العام يبلغ فقط ٢٠٪ في لبنان، ومع ذلك فإن المتوسط الاقليمي يبلغ نحو ٥٠٪.

أولويات الإصلاح الصحي

تعمل أنظمة كثيرة للصحة في المنطقة، بغض النظر عن مستوى دخل الدولة أو الشكل التنظيمي للنظام، دون كفاءة وتقدم خدمات تتفاوت من حيث النوعية والفعالية، وتعاني من انعدام التنسيق والإدارة السيئة لأنظمة تقديم الخدمات العامة والخاصة.

وفي ضوء هذه التحديات وغيرها، بادر الكثير من دول منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا بادخال إصلاحات واسعة في مجال الصحة، وقام البنك الدولي بدور حاسم في تقديم الدعم التقني والمالي للكثير من هذه الدول ويقدم ايضاً المساعدة التقنية للدول غير المقترضة في المنطقة من خلال برنامجه الخاص بالتعاون التقني المستمر القيمة.

ويبنى هيكل أولويات الإصلاح في منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا حول أربعة محاور رئيسية: الكفاءة، تقديم الخدمات، التمويل والصحة العامة، ويجب تنسيق صنع السياسة وادارتها عبر الوكالات الكثيرة التي تمول وتقدم الخدمات الصحية.

بالإضافة إلى التنسيق بين القطاعين العام والخاص، ولضمان تلبية نظام الصحة لاحتياجات السكان، يجب ان تضمن الحكومة توفر ما يكفي من موارد الصحة والبنية الأساسية المناسبة، فضلاً عن ضمانها لتوزيع هذه الموارد بصورة مناسبة عبر المناطق الجغرافية ومستويات الدخل، ويلزم أيضاً أن تحمي الحكومات سكان البلاد من الأزمات الاقتصادية نتيجة الأمراض التي تؤدي إلى كوارث مالية وأن توفر ما يكفي من الموارد المالية لتحقيق تدخلات الصحة العامة.

وأخيراً فإنه من أجل تحقيق النفع للفقراء وتحقيق تدخلات تتصف بفعالية التكلفة على السواء يجب ان تدار الرعاية الصحية العامة- حتى في الدول المتوسطة والمرتفعة الدخل- بصورة أفضل.

الصحة وأهداف التنمية

بالنظر إلى تنوع القضايا التي تواجهها كل دولة في المنطقة، فإن المناسبة والقدرة على الوفاء بأهداف التنمية في الألفية تتوقف بدرجة كبيرة على خصائص الدول المنفردة، فدول مثل جيبوتي واليمن لها صورة اجتماعية واقتصادية ومن حيث الامراض تتطابق بدرجة وثيقة مع الكثير من القضايا التي تعالجها أهداف التنمية في الألفية، في حين أن الكثير من الدول المتوسطة والعالية الدخل في المنطقة تواجه قضايا تتعلق بالعبء المتزايد للأمراض التي لا تنتقل بالعدوى وكفاءة وفعالية الأنظمة الصحية، ونوعية الخدمات وإمكانية الوصول إلى الجماعات المحرومة من الخدمات المتكافئة والاستدامة في ضوء التحولات الديموغرافية والوبائية.

ندوة تأسيس جمعية القابلات تؤكد على رفع المستوى المهني وتحسين خدمات الصحة الإنجابية

كتب/ عبدالوهاب مزارعة

● خلصت الندوة الوطنية لتأسيس الجمعية الوطنية للقابلات اليمنيات التي عقدت الأسبوع الماضي في صنعاء إلى جملة من التوصيات أكدت على أهمية أن تلعب الجمعية دوراً رئيسياً في الرفع من المستوى المهني والعملي للقابلات عن طريق التعليم المستمر والمراقبة والإشراف.

كما أكدت التوصيات التي جاءت بعد يومين من العمل والنقاش والتعرف على تجارب تأسيس جمعيات القابلات في عدد من الدول العربية والإسلامية، وكذا تجربة الاتحاد الدولي للقابلات وبعض الجمعيات المحلية .. أكدت على تحسين الوضع الوظيفي للقابلات وإيجاد نظام للتكريم والتحفيز.

وعلى أن تسهم الجمعية المرتقبة في إعداد الأدلة المهنية لضمان جودة الخدمات والمشاركة في تحسين خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، وتوثيق العلاقات مع جمعيات القبالة في دول الاقليم والاتحاد الدولي للقابلات بما من شأنه تطوير مهنة القبالة في اليمن. إضافة إلى حث المشاركات عضوات اللجنة التأسيسية على الجدية والسير قدماً في تأسيس الجمعية بأسرع وقت ممكن.

وكانت الندوة التي عقدت يومي الأحد والاثنين الماضيين تحت شعار: «الجمعية الوطنية للقابلات اليمنيات لتحسين مستوى خدمات الصحة الإنجابية» وبالتعاون بين وزارة الصحة والسكان والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية بواسطة شركاء الإصلاح الصحي وحضور عدد من القابلات قد حددت ثلاثة أهداف رئيسية لعقدها هي كالتالي:

● أولاً: التعلّم من خبرات دول أخرى في تأسيس جمعية للقابلات والفائدة التي تجنيها القابلات من قيام مثل هذه الجمعية هي العملية التي اتبعت في تأسيس جمعياتهم، وأدوار ووظائف جمعيات القابلات في بلادهم، والصعوبات والمعوقات التي واجهتهم أثناء تأسيس وإدارة جمعيات القابلات، وكيف تمكنوا من التغلب عليها، والدروس التي تعلموا منها.

● ثانياً: مناقشة تجارب الجمعيات لمهن صحية أخرى في اليمن مثل الأطباء والصيادلة مثل عملية التأسيس والادارة، والأدوار التي تلعبها هذه الجمعيات والوظائف، والصعوبات والمعوقات التي يواجهها، وكيف يتغلبون عليها، والدروس المستفادة من التجربة.

● ثالثاً: مراجعة مسودة النظام الداخلي لجمعية القابلات على ضوء الدروس المستفادة من الجمعيات الخارجية والمحلية والتوقعات المرجوة من قيام مثل هذه الجمعية بالنسبة لجودة الخدمات الصحية.