

نحو الإستراتيجية الآمنة للطفولة في الجمهورية اليمنية

إعداد

رشيدة علي الهمداني

ردمان عبدالرحيم مرشد

د. فوزية جعفر حامد

اروى محمد الشرعي

مقدمة

تحديد المشكلة

مستويات واتجاهات وفيات الرضع والأطفال في الجمهورية اليمنية

محددات وفيات الرضع والأطفال في الجمهورية اليمنية

أهداف ومضامين الإستراتيجية اليمنية للطفولة الآمنة

متطلبات نجاح استراتيجية الطفولة الآمنة

الخطوات الإجرائية لتحقيق استراتيجية الطفولة الآمنة

الخاتمة

المراجع

الجدول

مقدمة :

تواجه البلاد النامية في العقد الأخير من القرن الحالي تحديات جمة يمكن تلخيصها في ثلاثة محاور رئيسية.

أولاً : شحة مواردها المسخرة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية .

ثانياً : عدم استغلال تلك الموارد الشحيحة استغلالاً فعالاً لمصلحة شعوبها .

ثالثاً : توجيه الكثير من تلك الموارد لأسباب الدمار والحروب وعدم الاستقرار السكاني .

وفي خضم هذه التحديات فإن المشكلة السكانية تبرز نفسها بصورة تدعو للقلق والازعاج وتتجسد تلك الأشكاليه في النمو العالي للسكان والخصائص المتدنية له والتوزيع السكاني غير الموفق مع نمط ومتطلبات التنمية الإقليمية والجهورية الاشكالات وينعكس ذلك في عدة صور ومظاهر وما يعنينا هنا تعرض الأطفال للأمراض والوفيات أكثر من القطاعات السكانية الأخرى (1) .

وفي الجمهورية اليمنية فان وضع الأطفال لا يختلف عن أوضاع أمثاله في الدول النامية الأخرى حيث تشير الإحصاءات المتوفرة على أن ومعدلات وفيات الأطفال من أعلى المعدلات في العالم . وقد بدأ الاعتراف بهذه المشكلة خلال السبعينيات وبالتركيز على الجانب الصحي منذ بداية الثمانينيات وقد تجلى هذا الاعتراف عندما تم تبني فلسفة الرعاية الصحية الأولية منهاجاً وعملاً حيث أنها وضعت استراتيجية الوصول بهدف الصحة للجميع مع بداية القرن القبل ، وفي إطار تلك الإستراتيجية فان تحسين الحالة الصحية والغذائية ومن ثم تخفيض معدل وفيات الأطفال يصبح هدفاً ذا أولوية قصوى .

تحديد المشكلة :

لاشك أن الجمهورية اليمنية - التي أصبحت تعرف كذلك منذ توحيد الشطرين الشمالي والجنوبي في 22 مايو من عام 1990م - تمر بمتغيرات سياسية ودستورية واجتماعية واقتصادية كبيرة . وبرزت مؤشرات ذات دلالة مهمة تدعو للقلق ، فطبقاً للبيانات التعدادية يتزايد سكان اليمن بمعدلات سريعة تقدر بحوالي (1ر3) بالمائة في السنة وبهذه النسبة سيتضاعف السكان في حوالي 20 سنة قادمة (4) وتشير الأرقام أن الحجم الكلي للسكان قد ارتفع من حوالي 5ر6 مليوناً عام 1975م إلى حوالي (3ر9) مليوناً عام 1986م في المحافظات الشمالية أما في المحافظات الجنوبية فقد ارتفع من حوالي (6ر1) مليون نسمة عام 1973م إلى (2ر24) مليوناً عام 1988م ويقدر عدد السكان المقيمين في الجمهورية اليمنية عام 1990م (6ر11) مليون نسمة . ولا تقتصر المشكلات السكانية على مشكلة الزيادة فقط بل تتعداها إلى مشكلات متصلة بتوزيع السكان ، وتضخم المدن والتركيب العمري للسكان ، وعشوائية التحضر والهجرة غير المنظمة ، والآثار الصحية للخصوبة العالية والحمل المتكرر وانتشار الأمية خصوصاً بين الإناث والبطالة المقنعة والهجرة العائدة وغير ذلك من المشكلات السكانية تعاني الجمهورية اليمنية من هذه المشكلات مجتمعة .

إن متوسط عمر الإنسان في اليمن لا يزيد عن 46ر4 عاماً في حين يزيد هذا المتوسط عن 61 عاماً في كثير من الدول النامية وعن 71 عاماً في الدول المتقدمة ويقدر معدل وفيات الرضع بحوالي 130 في كل ألف مولود حي في السنة بينما تتراوح ما بين 5-10 في الألف في الدول المتقدمة وتقدر وفيات الأمهات 800-1000 في كل 100,000 مولود في السنة مقارنة إلى 10-40 في كل 100,000 في الدول المتقدمة (جدول رقم 1) .

كما أن متوسط الولادات الحية بنهاية أعمار الخصوبة فيها يساوي 4ر8 ولادة حية ذلك بالمقارنة بطفلين فقط في الدول المتقدمة وأربعة أطفال لكل امرأة كمتوسط عالمي كما يتميز التركيب العمري للسكان بفتوة إذ تشير التقديرات إلى أن نسبة السكان الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة يبلغ 49ر52 بالمائة من مجموع السكان بمقابل 22% في البلدان المتقدمة و 38% في البلدان النامية و 34% في العالم ككل . وتؤدي هذه النسبة العالية بفتوة السكان إلى ارتفاع نسبة الإعالة لصغار السن حيث تبلغ 2ر117% وتشير الإحصاءات كذلك إلى أن أكثر من 50% من جملة السكان لا تتوفر لديهم مياه الشرب النقية (جدول رقم 2)

وأن أكثر من 40% من الأطفال دون الخامسة من العمر يصيبهم شكل من أشكال سوء التغذية ويتعرض حوالي 30% سنوياً لخطر مراحل الأسهالات والنزلات المعوية ، وأن غالبية السكان تنتشر وسطهم الأمراض المعدية والمنتقلة والمستوطنة فضلاً عن ذلك فإن نسبة الأمية مازالت متفشية بنسبة 6ر66% وتقدر بحوالي 4ر85% بين الإناث و 3ر46% بين الذكور . وهذه إشارة واضحة على أن ملامح الخصائص المتدنية تطفئ على المناخ الاجتماعي الذي يسود في إطار النمو السكاني غير المتكافئ مع متطلبات التنمية الاجتماعية الذي يسود إطاره النمو السكاني غير المتكافئ مع متطلبات التنمية الاجتماعية (3) .

أما فيما يتعلق بالنشاط الاقتصادي للسكان فهناك أيضاً تفاوت كبير بين مشاركة الذكور (أكثر من 60%) والنساء (29%) وفي الريف تقدر مشاركة المرأة في القطاع الزراعي بنحو 30-40% بينما تتدنى مشاركتها في المدن لأقل من 8% كما أن نسبة عالية من النساء يعملن في مهن شاقة ويزاولن مهناً ذات طابع موسمي ذات أجور دون مستويات القيم الإنتاجية (3) إضافة إلى أن الأساليب الإحصائية المتبعة والمفاهيم المعتمدة لاتزال قاصرة عن رصد المستويات الحقيقية لإسهام المرأة في النشاط الاقتصادي .

ويزيد في فئمة الصورة أن الخدمات الصحية لا تتناسب مع الاحتياجات المتنامية وأن توزيعها وانتشارها مفرط بالاختلال الإقليمي والجغرافي حيث أن 40% من السكان في المحافظات الشمالية و 60% من المحافظات الجنوبية ينالون بعض الخدمات الصحية الأولية بصفة دائمة (2) ومن جانب آخر فإن نمط الخصوبة التقليدية المشاهد في اليمن والسلوك الإيجابي غير المنتظم يضاعف من المخاطر الصحية على أفراد الأسرة وبالذات الأمهات والأطفال وقد دلت البيانات المتوفرة على أن مستوى الخصوبة من أعلى المستويات في العالم حيث تقدر بحوالي 4ر8 ولادة حية مع نهاية عمر الإنجاب للمرأة ومن دلائل هذه الخصوبة العالية أن الفترات الفاصلة بين الولادات توصف بالضمور وحسب الإحصاءات فإن حوالي 45% من الولادات الحية في السنة تتم خلال الفترات الخطرة أي أقل من سنتين علاوة على أن الإنجاب يتم في الأعمال المبكرة (-18) والمتأخرة (+35) والتي توصف بالأعمار غير المأمونة للإنجاب حيث أن 44% من النساء المتزوجات المنجبات يمارسن السلوك الإيجابي في تلك الأعمار الخطرة (1) .

إن الصورة القائمة والدرامية لتك المؤشرات أصبحت هاجساً بالنسبة للمسؤولين في الجهات الحكومية وغير الحكومية المناط بها تحسين التخطيط السكاني ورفاته وأصبح في الوقت نفسه مدخلاً منطقياً أدى إلى وضع استراتيجية وطنية تضع تصورات وأولويات وسياسات سكانية ضمن مستقبل العمل الوطني ، ومن ضمن أولويات ذلك الخيار ينبع الاهتمام باستراتيجية الطفولة الأمنة وهو ما سنتناوله هذه الدراسة لتكون منهاجاً متكاملًا ومتناسقاً في إطار الإستراتيجية الوطنية للسكان ، ومن الأهداف استراتيجية الطفولة الأمنة تحسين الأوضاع الصحية للطفولة عن طريق مدخلات مختلفة تؤدي إلى تخفيض معدل وفيات الرضع إلى 60 في الألف ووفيات الأطفال من سن 1-4 سنوات بنسبة 50% عن المستوى السائد في عام 1991م بحلول عام (2000) -4- .

مستويات واتجاهات وفيات الرضع والأطفال في الجمهورية اليمنية :

يهدف هذا الفصل إلى تحليل مستويات واتجاهات وفيات الرضع والأطفال في الماضي والحاضر والفروقات بين الحضر والريف ومحددات تلك الوفيات ويعتبر مستوى وفيات الرضع والأطفال مؤشراً مهماً للوضع الصحي للسكان كما استخدمت منظمة اليونيسيف معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة كمؤشر رئيسي لقياس مدى التقدم الإنساني والاقتصادي للأسباب التالية (5) :

1 – يقيس مؤشر وفيات الأطفال النتيجة النهائية لعملية التنمية وليس أجزاءها مثل نسب الالتحاق بالمدارس وتوفر الأطباء... الخ من المؤشرات وهي جميعها وسيلة لغاية .

2 – إن معدل وفيات الأطفال هو حصيلة سلسلة من الجزئيات مثل الصحة الغذائية ، نسب التغطية التحسينية ومعدلات استخدام أملاح معالجة الجفاف وتوفر خدمات الأمومة والطفولة وتوفر الدخل والغذاء وتوفر المياه النظيفة ومرافق صحة البيئة وسلامة البيئة العامة للطفل .

3 – إن مؤشر معدل وفيات الأطفال أقل عرضة للوقوع في أخطاء المعدلات من مؤشر الناتج القومي الإجمالي للفرد الواحد فإنها تقدم صورة أكثر دقة عن الوضع الصحي للأطفال والمجتمع ككل .

واستناداً على ما تقدم فقد صنفت الجمهورية اليمنية بين البلدان ذات معدلات عالية جداً لوفيات الأطفال دون الخامسة من العمر (أكثر من 140 المتوسط) وجاء ترتيبها 21 من بين 28 دولة في العالم المصنفة ذات معدلات عالية جداً لوفيات الأطفال (5) .

ومن المعلومات أن مستويات الوفاة وأنماطها هي إحدى العوامل التي تتحكم في حجم السكان ونموهم وتركيبهم الديمغرافي في أي مجتمع من المجتمعات بالإضافة إلى عاملي مستويات الخصوبة وأنماطها ومستويات الهجرة واتجاهاتها (6) ويقدر معدل المواليد الخام بحوالي 6ر52 لكل ألف مقابل 46 في الدول النامية و 28 بالألف لجملة سكان العلم ، أما معدل الوفيات الخام فتقدر بنحو 8ر21 لكل ألف مقابل 18 في الدول النامية و 8ر11 بالألف المعدل العالمي .

وتعرف معدلات وفيات الرضع بعدد الوفيات التي تحدث للمواليد في عمر أقل من سنة واحدة لكل 1000 من المواليد الأحياء في سنة معينة (7) .

ويستخلص المتتبع لتاريخ الديمغرافية الوبائيين في اليمن انتقال اليمن حديثاً من مراحل الأوبئة والحروب والمجاعات في العهود الثمانية والأمامية والاستعمار إلى خلال العقدين الماضيين حيث قلت نسبياً الحدة المرضية وأنماطها مع تحسين الأحوال المعيشية والغذائية والانتعاش النسبي في الخدمات العلاجية والوقائية (2) .

وتقول نظرية مراحل التحول الديمغرافي أن خصوبة السكان والوفاة ينحدران على السواء من مستويات مرتفعة إلى مستويات منخفضة نتيجة للتطور الاقتصادي والاجتماعي (7) وانحدار معدل الوفاة يسبق عادة انحدار الخصوبة نتيجة ارتفاع نمو السكان خلال فترة التحول (8) وبناء على هذه النظرية فإن اليمن قد دخل في المرحلة الثانية من الانتقال الديمغرافي والوبائي حيث معدل المواليد مرتفعة ومعدل أخذ في الانخفاض ، وتؤكد الإحصاءات المتوفرة لدينا هذا الانتقال حيث أننا نشاهد انخفاضاً قد سجل في وفيات الرضع والأطفال بمقابل ارتفاع معدل الخصوبة (2) وتشير إحصاءات المحافظات الشمالية خلال الحقبة السابقة لعام 1986م انخفاضاً في وفيات الرضع من 171 وفاة لكل 1000 مولود حي في السنة عام 1975م إلى 136 وفاة لكل 1000 مولود حي في السنة عام 1986م (26) وسجلت المحافظات الجنوبية أيضاً انخفاضاً نسبياً في معدلات وفيات الرضع من 214 وفاة لكل 1000 مولود في عام 1960م إلى

107 وفاة لكل 1000 مولود في السنة عام 1988م ، أي أنه كان يموت طفل من كل خمسة أطفال يولدون أحياء . ويقدر وفيات الرضع في عام 1991م بنحو 6130 وفاة لكل 1000 مولود حي وبالرغم أن نسبة الانخفاض في وفيات الرضع يقدر بنحو 40% إلا أن ذلك مازال يمثل مستوى عالي جداً من مستويات الوفيات في العالم (9)(10) ، ويعني مثل هذا المستوى عدم التأكد من بقاء كل طفل على قيد الحياة وعدم القدرة على تحديد حجم الأسرة بطريقة فعالة أو التحكم في حجم الأسرة .

أضاف إلى ما تقدم فإن النمط العمري لوفيات المواليد عال أيضاً وتحدث نصف وفيات الرضع خلال الأسبوع الأول من الحياة (حديثي الولادة) وسجل مسح الخصوبة العالمي للمحافظات الشمالية عام 1979م معدل وفيات المواليد حديثي الولادة (تعرف بأنها الوفيات خلال الأسابيع الأربعة الأولى من الحياة لكل ألف من المواليد) ومعدل الوفيات بعد مرحلة حديثي الولادة (تعرف بأنها الوفيات من أربع أسابيع إلى نهاية السنة الأولى لكل ألف من المواليد الأحياء) بنحو 55 وفاة لكل ألف من المواليد الأحياء و 155 وفاة لكل ألف من المواليد الأحياء على التوالي (10) كما أظهرت إحدى المسوحات الصحية لمنطقة تهامة بشأن وفيات الرضع والأطفال بأن ثلثي الوفيات تحدث خلال العمر الأول من الولادة ويعد بالتالي فترة حديث الولادة من المخاطر العالمية حيث تقدر الوفيات في هذه المرحلة بنحو 29% من وفيات الأطفال وبنحو 41% من وفيات الرضع (11) وسجل مسح آخر في دمار نسبة وفيات حديثي الولادة بنحو 44 في الألف (12) .//

كما تشير الإحصاءات إلى تسجيل انخفاض في معدلات وفيات الأطفال ويوضح الشكل رقم (1) هذا الاتجاه فق أنخفض هذا المعدل من 390 في الألف خلال السنوات 55-1965م إلى 196 في الألف عام 1990م بالنسبة للمحافظات الشمالية وبالتالي حقق نسبة 44% من الانخفاض خلال 35 عاماً الماضية ، ومتوسط معدل الانخفاض السنوي لوفيات الأطفال يقدر بنحو 33.2 خلال الفترة من 1960-1980م ويقدر بنحو 31.3% بين السنوات 1980م و 1985م وتقدر نسبة وفيات الأطفال دون خمس سنوات في عموم الجمهورية بحوالي 196 وفاة لكل ألف مولود حي في عام 1991م .

وتجدر الإشارة إلى أنه بالرغم من الاتجاه نحو الانخفاض النسبي في معدلات وفيات الرضع والأطفال إلا أن هناك تبايناً جغرافياً وإقليمياً واجتماعياً قد تم تسجيله ويمتد هذا التباين من 95 في الألف (الحد الأدنى) لوفيات الرضع الذي سجل في محافظة عدن فإن مدى التباين في توقعات الحياة يأخذ نفس الوتيرة التباينية بين المحافظات ويمتد من 28 في محافظة الجوف إلى 54.2 في محافظة عدن ، كما يلاحظ وجود هذا التباين والاختلاف في وفيات الرضع والأطفال بين الريف والحضر ، وقد أظهرت نتائج مسح الخصوبة العالمي للمحافظات الشمالية عام 1979م هذا التباين حيث بلغت وفيات الرضع في الحضر نحو 128.2 مقابل 176.8 بالألف الريف (10).

محددات وفيات الرضع والأطفال في الجمهورية اليمنية :

تعود الوفيات العالية للرضع في اليمن إلى أسباب يمكن التغلب على معظمها مثل اسهال الأطفال والالتهابات الرئوية وسوء التغذية والحسبة والتتanos ومن جهة ثانية فهناك عوامل أخرى تؤثر في وفيات الرضع العالية وتشمل عدم كفاءة العناية الطبية أثناء الحمل وبعد الولادة وعدم مراعاة إجراءات التطعيم وسوء التغذية وإهمال الرضاعة من الثدي وتلوث بيئة الطفل وجهل الأم والعادات الصحية السيئة ، وكذلك يرجع ارتفاع وفيات الرضع إلى الحمل المتكرر المتلاحق وقصر الفترة بين حمل وآخر وصغر سن الأم ، وقد ثبت أن تجنب العوامل الأخيرة المتصلة بالإيجاب يمكن أن تخفض معدل الوفيات بين الرضع بحوالي 20 إلى 30 % (عمران ، 1988م) (8) .

ويمكن تقسيم العوامل السابقة إلى عدة فئات هي : العوامل الوراثية ، العوامل الديمغرافية ، العوامل الصحية والاقتصادية والاجتماعية.

العوامل الوراثية :

التي تشمل على التشوهات الخلقية ووزن المواليد وهما عاملان هامان لمحددات الوفيات خلال الأيام الأولى من الولادات .

سجل مسح الخصوبة العالي للمحافظات الشمالية عام 1979م معلومات هامة عن عدن المحددات الديمغرافية والاقتصادية والاجتماعية لوفيات الرضع والأطفال إلا أنه أفضل المحددات الديمغرافية والاقتصادية والاجتماعية لوفيات الرضع والأطفال إلا أنه أقل ذكر العوامل الوراثية (9ر10) وسجل البنك الدولي مؤخراً نسبة مواليد منخفضة الوزن نحو 9% و 13% للمحافظات الشمالية والجنوبية على التوالي (3) كما سجلت إحدى الدراسات (14) نسبة عالية من المواليد منخفضي الوزن بمعدل ما بين 5ر21% و 35% وذكرت أن أسباب ذلك ربما يعود لتناول القات أثناء الحمل (14).

العوامل الديمغرافية :-

أكثر العوامل الديمغرافية استخداماً وتأثيراً على وفيات الرضع والأطفال هي : عمر الأم عند الولادات والفواصل الزمنية بين الولادات ، وعموماً فإن هذه العوامل تؤثر على صحة الأم والجنين والطفل (8) .

ومن هذا الآثار بالنسبة للأم زيادة مضاعفات الحمل والولادة كالنزيف وتسممات الحمل وحمى النفاس وفقر الدم والتهابات عنق الرحم وسرطان عنق الرحم وأمراض الروماتزم والسكر .

وبالنسبة للجنين والطفل تزيد نسبة فقد الأجنة التلقائي ووفيات الرضع وحديثي الولادة والأب تسار وضعف النمو والتشوهات الخلقية وكذلك نقص معدل الذكاء (8) .

ومن الأمور الملازمة للخصوبة وجود نسبة عالية من الوفيات بين الأطفال ويمكن ذكر بعض العوامل المهمة التي تؤدي إلى ارتفاع الخصوبة في اليمن وهي (8) :

- 1 – تفضيل الزواج عن سن مبكر خصوصاً الأثني .
- 2 – الإسراع بالإنتاج في سن الزواج الأولى تأكيداً لخصوبة المرأة وتفخيماً لفحولة الرجل .
- 3 – استمرار الإجاب إلى ما قبيل سن اليأس تأكيداً للخصوبة عند المرأة خوفاً من زواج الرجل بأخرى .
- 4 – تفضيل الأسرة الكبيرة الحجم رغبة في العزة والعصبية والأمن الاجتماعي والضمان الاقتصادي .
- 5 – تفضيل الأولاد على البنات واستمرار المرأة في الإجاب بحثاً عن الذكور .
- 6 – المفهوم التقليدي لوظيفة المرأة وحصرة في الإجاب .
- 7 – المفهوم الخاطئ لمعنى تنظيم الأسرة والجهل بأساليب التنظيم أو عدم الوصول إليها .
- 8 – عامل التأمين للمستقبل .
- 9 – عامل الإحلال لتعويض الفاقد .
- 10 – عامل التأمين لاحتمالات الفقد .
- 11 – عدم وجود العوامل الأخرى المساعدة في حياة المرأة مثل التعليم والعمل .

ولاشك أن هناك عوامل أخرى تؤثر جميعها في معدلات الخصوبة التي تشكل علاقة تناسبية طردية مع ارتفاع معدل وفيات الأطفال .

وفي ضوء نتائج مسح الخصوبة العالمي للمحافظات الشمالية عام 1989م تبين الآتي (9ر10):

- 1 – تنخفض وفيات الرضع من 204ر1 عاماً ويمثل انخفاضاً قدرة 139% ويرتفع المعدل صعوداً إلى 172ر9 عندما يتراوح عم الأم بين 40-44 عاماً .
- 2 – تنخفض وفيات من الرضع 192ر2 لأول ولادة إلى 149ر8 عندما تصل عدد الولادات إلى 4ر13 ويرتفع المعدل إلى 190ر8 وفاة بعد أكثر من سبع ولادات .
- 3 – تنخفض وفيات الرضع إلى أكثر من النصف عندما تكون هناك مباحدة بين الولادات تتراوح بين 24-59 شهراً ذلك المعدل إلى النصف ثانية عندما تكون المباحدة بين الولادات لأكثر من 60 شهراً .

وتعزيزاً للاعتقاد السائد بين الارتباط الوثيق بمستوى الخصوبة ومستوى وفيات الأطفال والمعتقد كذلك أن الخصوبة تظل عالية مادامت وفيات الأطفال عالية هو أنه عند وفاة طفل رضيع في الأسرة يدفع الكثير من الآباء والأمهات إلى محاولة التعويض عن الطفل المفقود عن طريق حمل جديد وينخفض بالتالي معدل الفترة الزمنية الفاصلة بين الولادتين (5) وأكدت المؤشرات في اليمن هذه النظرية إذ سجل معدل وفيات الأطفال حوالي 138ر3 عند بقاء الطفل على قيد الحياة بينما ارتفع المعدل إلى 277ر6 عند فقد المواليد حديثي الولادة ... بمعنى آخر فإن متوسط عدد الولادات يزيد طردياً مع عدد الأطفال المفقودين .

العوامل الاقتصادية والاجتماعية :

يشكل القطاع الزراعي النشاط الاقتصادي للدولة والذي يوفر فرص العمالة لحوالي 75% من القوى العاملة وبالتالي يعيش 90% من السكان على الدخول الناتجة من هذا القطاع (2ر15) .

وشكلت الهجرة الخارجية للعمالة وبالذات إلى دول الخليج المجاورة الغنية بالنفط نسبة عالية (بلغ عدد المهاجرين عام 1986م حوالي 1ر168ر199 مهاجراً إلى من المحافظات الشمالية) من جملة ذوي النشاط الاقتصادي وبالطبع فإن هذه الظاهرة قد نتج عنها عجز نسبي في العمالة الوطنية مما أدى إلى اعتماد حركة التنمية على العمالة الأجنبية وارتفاع التنمية رغم استفادة الدول من تحويلات المغتربين (2) .

ونتيجة الأزمة الخليج عاد ما بين 700,000 - 008,000 مغترب يمني وأدت عودتهم المفاجئة إلى ضغوطات كبيرة على الخدمات كما أن معظم قد أقام في المدن مما أثر على التوسع السريع غير المخطط للمدن (2) .

ويتراوح متوسط دخل الفرد السنوي في اليمن ما بين 400-500 دولاراً في عام 1990م ويتوقع أن يتراجع متوسط دخل الفرد في السنوات القادمة ، بسبب المعدل المرتفع لنمو السكان وعودة المغتربين من دول الجزيرة والخليج وانخفاض الدخول العائلية ، وتدني مستويات الإنتاج ، وتدهور العملة اليمنية .

وكما سبق التنويه لذلك فإن اليمن تعد رقم 21 بين 38 دولة في العالم ذات مستويات عالية جداً لوفيات الأطفال وعلى أية حال ، فإن هناك ستة عوامل رئيسية اقتصادية واجتماعية وتؤثر على وفيات الرضع والأطفال وهي (9ر10) . مستوى تعليم الأب والأم والوضعية المهنية لكل من الأب والأم والمحيط السكاني (حضر - ريف) .. وسوف يتم شرح وفيات الرضع والأطفال في اليمن (جدول رقم 4) .

التعليم :-

تجدر الإشارة إلى أنه رغم التحسن الكمي في قطاع التعليم خلال العقدين الماضيين مازالت نسبة السكان غير الملتحقين بالتعليم الرسمي عالية لا ترقى لمستوى الطموحات الوطنية ، وتعتبر المؤشرات المتعلقة بالتعليم مهمة لمستوى التقدم الاقتصادي والاجتماعي في أي بلد . كما أن التعليم أحد المتطلبات الأساسية للتخطيط التنموي خاصة في مجالات القوى البشرية (16) .

وعموماً يكثر استخدام مقياسين للنظر إلى مستوى التعليم : نسبة الإمام بالقراءة والكتابة لدى البالغين (Literacy Rate) ونسبة الالتحاق بالمدارس الابتدائية والثانوية للذكور والإناث (Enrollment) (8) والمنتبع لسير التعليم في اليمن يتضح له أن حظ الإناث من التعليم أقل بكثير من حظ الذكور .

وتشير الإحصائيات الموحدة الصادرة من الجهاز المركزي للإحصاء عام 1988م بأن نسبة الأمية بين الجنسين حوالي 66ر3% وتعتبر من أعلى النسب في العالم . وهناك فروق كبيرة بين نسبة الأمية في الذكور والإناث حوالي 46ر03% و 85ر4% على التوالي وكذلك بين الريف والحضر . ويبين الجدول رقم (5) هذا التباين .

وأشارت منظمة اليونسيف في تقريرها لعام 1991م عن وضع في العالم (5) إلى أن هناك ما يقرب من مائة مليون طفل ما بين السادسة والحادية عشرة من العمر ممن لا يذهبون إلى المدارس منهم 60% من الإناث إضافة إلى أن هناك واحداً من بين كل أربعة من الراشدين في العالم - حوالي ألف مليون نسمة - لا يقرأون ولا يكتبون ثلثاهم من النساء ولا يختلف هذا الوضع كثيراً في اليمن حيث أظهر تعداد عام 1986م للمحافظات الشمالية هذه الفروق في نسبة الأمية بين الذكور 57ر9% و 92ر5% للإناث ولا يختلف الوضع كذلك في المحافظات الجنوبية حيث أظهر تعداد عام 1988م هذا التباين إذ بلغت نسبة الأمية بين الذكور 25ر76% وبلغ معدل المنتسبين في المراحل الابتدائية في عام 1976م في الأعمار 6-12 (المحافظات الشمالية) 44ر1% كان نصيب الذكور منها 62ر7% بينما بلغت نسبة الإناث 23ر3% فقط (3) .

وأثبتت عدة دراسات أن هناك علاقة بين تعليم الأم ووفيات الرضع والأطفال (17ر18) ومن المعروف أن تعليم الأمهات بوسائل نظامية أو غير نظامية تعتبر إحدى أكثر المحددات الحاكمة لصحة أطفالهن وحياتهن (8) وحتى لو سلمنا جدلاً بوجود فوارق في الدخل ومكان الإقامة فإن فرص البقاء لطفل مولود المرأة قضت أربع أو خمس سنوات في التعليم الابتدائي هي أكبر كثيراً من تلك المتاحة لأطفال أمهات غير متعلمات ذلك أن الأم المتعلقة تكون أكثر دقة وحذراً في تحديد الخيارات أمامها ولديها قد أكبر من الثقة يسمح لها بالتماس العون والمساعدة عندما تحتاجها وتستطيع أن تتحكم بشكل أكبر في مقاليد الأمور داخل أسرتها .

وفي دراسة من السودان ثبت أن التعليم لكلا الوالدين سجل تأثيراً على وفيات الأطفال بل لوحظ أن التأثير الإيجابي لتعليم الأم على وفيات الأطفال يقدر بأربعة أضعاف مقارنة بتعليم الأب (17و18) .

وقد أشارت نتائج مسح الخصوبة العالمي للمحافظات الشمالية عام 1979م إلى هذا المتغير ونظراً لأن معظم الآباء والأمهات قد سجلوا ارتفاعاً كبيراً بعدم حصولهم على التعليم فقد اعتمدت معدلات وفيات الأطفال على مستويين اثنين فقط للتعليم (أمي وغير أمي) وسجل انخفاضاً في وفيات الرضع للأمهات المتعلمات (10)///.

الوضعية المهنية لكل من الأب والأم :-

تمثل الزراعة المورد الرئيسي للدخل وبالتالي فإن الزراعة تمثل أسلوباً للحياة لدى غالبية السكان في اليمن وتعمل أكثر من 75% من القوة العاملة بالزراعة وغيرها من الأعمال الريفية ونظراً لهذا الطابع الزراعي فإن الأنماط التقليدية للزواج هي السمة المميزة لهذه المجتمعات والتي تميل بالتالي إلى الإسراع بزواج البنت قبل السن القانونية وما يترتب على هذا الزواج المبكر من تأكيد على خصوبتها وتفضيل الأسرة الكبيرة الحجم وسبق الإشارة إلى علاقة الخصوبة العالية على وفيات الرضع والأطفال .

وتقدر مساهمة المرأة في النشاط الاقتصادي بنسبة 29% بينما تمثل مساهمة الذكور نسبة 60% إضافة إلى أن نسبة مشاركة النساء في القطاع الزراعي تصل لنحو 30-40% مقابل 8% من مشاركتها في الحضر (3) ولا شك أن إسهام النساء في النشاط الاقتصادي أعلى مستوى بكثير مما تشير إليه الأرقام المسجلة لأن الأساليب الإحصائية المتبعة والمفاهيم المعتمدة لاتزال قاصرة عن رصد المستويات الحقيقية لهذه المساهمة .

وبينت نتائج مسح الخصوبة العالمي للمحافظات الشمالية لعام 1979م أن المزايا المرتبطة بمهنة الزواج بالنسبة لوفيات الأطفال تبدو أكثر وضوحاً حيث أن أطفال النساء المتزوجات للعاملين بالمهن الفنية والحرفية والكتابية يتمتعون بفرص حياة أفضل وقد كانت أعلى وفيات الأطفال للنساء اللاتي يعملن أزواجهن في الزراعة بينما تنخفض الوفيات قليلاً عن ذلك للأزواج الذين يعملون في الأعمال غير الزراعية (9) .

الخدمات الصحية :

تحرص جميع دول العالم على توفير ما يكفل لمواطنيها الرعاية الصحية من خلال توفير الرعاية الطبية والصحية (16) ولم يكن هناك أي اهتمام للصحة في المحافظات الشمالية في عهد ما قبل الثورة وبدأ التطور الصحي ينمو بخطوات حثيثة في كافة المجالات الصحية من بعد عام 1962م وبالرغم من الجهود الرسمية والشعبية والتزايد المستمر في تنمية هذا القطاع إلا أنه لم يصل بعد إلى المستوى المطلوب إذ أنه مازال بحاجة إلى وضع الخطط الكفيلة بتنامي هذا القطاع إلا أنه لم يصل بعد إلى المستوى المطلوب إذ أنه مازال بحاجة إلى وضع الخطط الكفيلة بتنامي هذا القطاع من حيث الكم والكيف (2) ويعتمد المستوى الصحي في أي بلد على ثلاثة عوامل هي :-

أ - معدل الوفيات الخام .

ب - معدل وفيات الرضع .

ج - مستوى توقع الحياة عند الولادة للذكور والإناث .

ونتيجة لهذه العوامل تصنف اليمن ضمن مجموعة ذات مستوى صحي منخفض بين البلدان العربية (عمران 1988م) ونظراً لارتفاع معدلات الوفيات الخام ووفيات الرضع وانخفاض مستوى توقع الحياة للجنسين .

وسبق التنويه إلى أن اليمن قد دخل حديثاً في حلقة انحسار الأوبئة والتحضر الصحي وذلك بالتمسك بفلسفة الرعاية الصحية الأولية والشروع في تنفيذ برامجها (3) . إلا أن الخصائص الملموسة لليمن بالنسبة للمعدلات العالية للوفيات بالذات بين الرضع والأطفال والأمهات نتيجة لانتشار الأمراض المعدية والمنتقلة مازالت تعكس تدني الخدمات الصحية وعدم مواكبتها مع الطموحات التنموية ورغم الالتزام الكامل من قبل الدولة بأهداف السياسة الصحية لتغطية جميع المناطق السكانية بالخدمات الأساسية للرعاية الصحية الأولية إلا أن حوالي 60% من السكان مازالوا خارج إطار التغطية المستهدفة إضافة إلى ذلك فإن الخدمات الصحية تتركز معظمها في المدن ومراكز المحافظات أي الحضر دون الريف الذي ينتمي إليه أكثر من 80 في المائة من السكان (جدول رقم 6) وما يهمننا هنا هو الإشارة إلى وجود نقص كبير في مجال خدمات الأمومة والطفولة وبالذات في القطاع الريفي وإذا أخذنا خدمات تنظيم الأسرة إحدى المكونات الأساسية في تحسين صحة الأم والطفل فهي رغم محدودية انتشارها وقصورها فإنها تنحصر فقط في بعض عواصم المديريات .

الريف والحضر : -

تختلف معايير التميز بين المناطق الريفية والحضرية من دولة لأخرى ومن وقت لآخر في الدولة الواحدة فمن المعايير ما تعرف الحضر على أنه التجمعات السكانية التي تعمل نسبة كبيرة من قوة العمل فيها في أنشطة غير زراعية كالصناعة والتجارة والخدمات ومنها ما يعرف الحضر على أنه المناطق التي تتوفر بها مقومات الحضرية الأساسية كخدمات الكهرباء ومياه الشرب والتعليم والصحة والنقل والخدمات العامة وهناك المعايير التي تميز بين الريف والحضر اعتماداً على معيار حجم السكان فقط ، وفي هذه الحالة تعرف المناطق الحضرية على أنها التجمعات السكانية التي يتراوح عدد سكانها بين خمسة آلاف وثلاثين ألف نسمة . وتقدر نسبة سكان الحضر في اليمن بنحو 18% فقط عام 1990م من مجموع السكان إلا أن معدل نمو التحضر سريع حيث يصل نحو 11% في المتوسط سنوياً بالنسبة لأمانة العاصمة صنعاء وتتراوح هذه المعدلات بين 7-10% في السنة لبقية المدن وعلى الرغم من أن نسبة سكان الحضر أقل من سكان الريف إلا أنهم يحصلون على معظم خدمات التطوير العامة كالكهرباء ومياه الشرب النقية وأنظمة الصرف الصحي ويوضح الجدول رقم (2) تلك المعدلات بين الريف والحضر بل يمتد هذا التفاوت والتباين

ليشمل وفيات الرضع والأطفال كما يبين ذلك الجدول رقم (3) ويعود ذلك بالطبع لعدة عوامل مؤثرة اقتصادية واجتماعية سبق شرحها

طبيعة الخدمات السكنية ومحتوياتها :

لاشك أن هناك عوامل محددة غير مباشرة ولكنها مرتبطة بوفيات الرضع والأطفال ومن هذه المتغيرات طبيعة الخدمات السكنية ومحتوياتها . فإن المولود الذي يلد لأسرة تسكن في الحضر يتمتع بفرص حياة أفضل (2) وبالتالي فإن الإقامة في الحضر لها تأثير موجب على فرص الحياة في كل سنوات الطفولة (مسح الخصوبة العالمي للمحافظات الشمالية 1979م ويوجد تفاوت بين وفيات الرضع كما سبق الإشارة إليه فيما بين المحافظات كما أن الإقامة في مسكن تصل إليه الخدمات العامة كمياه الشر والكهرباء وبالقرب من الخدمات الصحية والتعليمية يعطي فرصاً أفضل لحياة الرضع والأطفال (1).

الرضاعة الطبيعية :-

تعتبر الرضاعة من الثدي إحدى العوامل المهمة المؤثرة لكل من وفيات الطفولة وأصابة الأطفال بالأمراض وكذلك الإيجاب عن طريق تأثيرها على الفترة الزمنية الفاصلة بين كل مولود وآخر حيث تتوفر المناعة بدرجة كبيرة وكذلك العناصر الغذائية الضرورية للطفل الذي يتم إرضاعه من الثدي للحفاظ عليه خلال الأشهر القليلة الأولى للحياة (9) ويصبح الطفل عرضة للمخاطر المختلفة عندما تتوقف الرضاعة خاصة إذا أعطي أغذية إضافية ونتيجة الفهم الخاطئ لبعض الأمهات اتجهن تحته مبرر التحضر باتجاه الامتناع عن الرضاعة من الثدي والاقتصار على التغذية الصناعية لإبدال اللبن الطبيعي حيث أصبحت متوفرة وسهلة الحصول وتروج من قبل الحملات الدعائية التجارية كونها طريقة عصرية وأن الرضاعة الطبيعية هي طريقة قديمة تقليدية وغير ملائمة (5) .

واستناداً إلى تقرير اليونسيف عن وضع الأطفال في العام 1991م فإن تشجيع الرضاعة الطبيعية في العالم الثالث من شأنه أن ينقذ حياة ما يقرب من 15 مليون رضيع سنوياً وأن الرضاعة الطبيعية هي تغذية متكاملة وصحية وآمنة وغير مكلفة وهي تساعد في مقامة الإصابات بالأمراض العامة (5) .

وإضافة إلى المزايا الصحية للرضاعة فإن الرضاعة من الثدي تلعب دوراً فسيولوجياً مهماً بالنسبة للإيجاب ، حيث ينشط الطفل الذي يقوم بالرضاعة من الثدي إفراز الهرمون الذي يؤخر عودة خروج البويضة وبالتالي تؤدي إلى إطالة فترة عدم التعرض لمخاطر الحمل وإلى إطالة الفترة بين حالات الحمل (5) .

وأظهرت نتائج مسح الخصوبة العالمي للمحافظات الشمالية عام 1979م (2) أن معدل وفيات الرضع الذي يرضعون رضاعة غير طبيعية في الأشهر 105 من العمر بلغ حوالي 137ر4 في الألف مقابل 63ر7 في

الألف للرضع الذين تم إرضاعهم من الثدي كما بلغت معدلات الرضع الذي تتراوح أعمارهم بين 11-1 شهراً وممن لم يتم إرضاعهم من الثدي حوالي 1692 في الألف مقابل 942 في الألف للرضع الذين حصلوا على رضاعة طبيعية (9) .

العوامل المرضية المتعلقة بوفيات الأطفال :-

يصاب ملايين الأطفال سنوياً بأمراض شتى تؤدي معظمها إلى وفاتهم نظراً لعدم توفر المرافق الصحية المناسبة أو قصور الخدمات الصحية . ويمكن حصر هذه الأمراض إلى ثلاثة فئات وهي (3) :

1 - الأمراض المعدية مثل الأمراض المعوية و أمراض الطفولة الستة والالتهابات الرئوية .

2 - الأمراض الطفيلية مثل الملاريا والبلهارسيا وغيرها .

3 - الأمراض الغذائية المتصلة بنقص أو عدم توازن العناصر الغذائية المختلفة . إضافة إلى مشكلة الحوادث .

ويبين الجدول رقم (7) بعض الإحصاء في اليمن التي تتعلق بوفيات الرضع والأطفال لكل من هذه المسببات (9) وأكثر شيوعاً بين الأطفال في اليمن هي : النزلات المعوية ، أمراض الطفولة الستة (الخنق ، السعال الديكي ، الكزاز ، الحصبة ، شلل الأطفال والسل) والالتهابات الرئوية الحادة والملاريا (في بعض المحافظات) والابتسار أو نقص الوزن عند الولادة وقد وصفت المنظمة السويدية لبقاء الطفل حالات الأطفال التي تصل إلى مراكز الأمومة والطفولة بأن الطفل الذي يموت غالباً ما يشكو من سوء التغذية أو منهك نتيجة أصابته بعدوى الطفيليات أو النزلات المعوية مصاب بالتهاب رئوي أو التهاب تنفسي يصل لطلب العلاج بعد فوات الأوان (بيتي 1988م) (29) .

وثمة ملحوظة مهمة تتعلق بهذه الأمراض وهي أن معظمها يمكن الوقاية منها أو يمكن معالجتها بفعالية بواسطة استخدام التخصيمات السهلة وقليلة التكلفة وبالتالي يمكن خفض 30% من المعدل السائد لوفيات الأطفال في اليمن بطريقة سريعة وفاعلية باتباع طرق وقائية مناسبة كالتحصين (5) .

وفي دراسة قامت بها بيتي وفان ديك (12) فقد تم توزيع وفيات الأطفال بدمار على النحو التالي: تحدث أكثر من 50% من وفيات الرضع خلال الستة الأشهر الأولى من الولادة وتصل بنحو 78% قبل نهاية العام الأول للرضيع وتبلغ حوالي 92% من الوفيات قبل انتهاء العاميين الأولين لحياة الطفل وكانت أكثر من 60% لوفيات الرضع والأطفال ناتجة بسبب الأسهالات والالتهابات الرئوية الحادة والابتسار .

ولم يختلف الوضع في المحافظات الجنوبية ، حيث سجلت إحدى الدراسات في عدن عام 1982م حوالي 46% من جميع وفيات الرضع ناتجة عن الأسهالات (27) ويجدر التنويه إلى أن فترة خطرة للمواليد في

اليمن حيث تبلغ نسبة تلك الوفيات بمعدل 41% من بين وفيات الرضع و 29% من بين وفيات الأطفال وفي تقدير ليبيتي 1988م - 1989م فإن أسباب وفيات حديثي الولادة ربما تعود نتيجة عدم وجود رعاية صحية للأم ما قبل وما بعد الولادة ومن تلك الأسباب نقص الوزن عند الولادة طول فترة المخاض نزيف حبل المشيمة والكزاز (20) .

اللايتسار أو نقص الوزن عند الولادة :

يعتبر المولود طبيعياً إذا كان وزنه عند الولادة لا يقل عن 2500غم والمواليد المبتسرين هم أكثر عرضة للعدوى وأمراض نقص التغذية والوفاة المبكرة مقارنة بالأطفال ذوي الوزن الطبيعي عند الولادة (8) .

وفي اليمن تقدر نسبة المواليد المبتسرين بنحو 35% وتشير هذه النسبة العالية لنقص الوزن عند الولادة لعجز أو قصور الوضع الصحي للحوامل وفترات ولادات متقاربة ونقص رعاية صحية لرعاية حديث الولادة (14) .

وتستمر مخاطر الوفاة عالية للرضع في اليمن حتى سن الخامسة حيث يتحسن بعدها توقع الحياة وأهم أسباب وفيات الرضع بما فيها حديثي الولادة ناتجة عن قصور خدمات رعاية صحية أثناء الحمل وبعده ، الجفاف الناتج عن الأسهالات ، الالتهابات الرئوية الحادة ، كزاز المواليد الجدد ، والملاريا المصاحبة غالباً بسوء التغذية والتي تؤدي لوفيات الرضع .

الكساح بين الأطفال :-

وينتج عن نقص فيتامين (د) أو عدم التعرض الكافي للأشعة فوق البنفسجية وبالرغم من عدم توفر إحصاءات لهذا الغرض إلا أن العادات السيئة الموجودة في المجتمع المتمثلة في لف الطفل وتغطيته أثناء السنة الأولى خوفاً عالية من البرد يفسر وجود هذا المرض في بلادنا المشمسة وربما لا يؤدي هذا المرض إلى وفيات الأطفال ولكن يؤدي قطعاً إلى أعاقتهم . وسوف يساعد التثقيف الصحي كثيراً في خفض الإصابة من هذا المرض .

نقص الفيتامينات الأخرى :

لا تتوفر إحصائيات تدل على وجود أمراض ناتجة عن نقص فيتامين (أ) و(ب) وقد أشار عمران في كتابة سكان العالم العربي حضراً ومستقبلاً (1988) (3) إلى انتشار نقص فيتامين (أ) بالمنطقة العربية بينها اليمن .

ومن شأن نقص فيتامين (أ) في غذاء الطفل التسبب في فقدان البصر وتشير إحصاءات اليونسيف (1991/) إلى أصابه ثلث مليون طفل سنوياً بهذا الداء الذي يؤدي إلى وفاة 60% من هؤلاء الأطفال بعد فقدانهم البصر (5) إضافة إلى ذلك فإن هذا النقص يعرض ملايين الأطفال إلى خطر الأمراض وضعف النمو والموت المبكر .

ويمكن تلبية حاجة الجسم في فيتامين (أ) بالحليب (الرضاعة الطبيعية) وبعض الأغذية الضرورية كما يمكن استخدام كبسولات فيتامين (أ) التي بدأت بعض البلدان توزيعها ضمن برامج التحصين . كما يعتبر مرض الحصبة أحد المسببات الرئيسية لنقص فيتامين (أ) والتحصين ضد مرض الحصبة يقي الطفل من نقص فيتامين (أ).

سوء التغذية :-

تعتبر التغذية من أهم العوامل المؤثرة في صحة الأفراد والمجتمعات وقد أولت البلاد المتقدمة عناية كبرى للتغذية واعتبرتها قطاعاً يخطط له ولم تكف بتوفير الموارد الغذائية بل اهتمت كذلك بالتثقيف الغذائي (3) . وتمثل سوء التغذية والعادات الغذائية السيئة مشكلة مهمة في اليمن ليس في الأطفال فحسب بل والكبار أيضاً .

ويهمنا هنا سوء التغذية المتعلقة بوفيات الأطفال ... وسوء التغذية لا ينتج غالباً بسبب عدم توفير الطعام الملائم والكاف للأطفال بقدر مدى نتيجة تكرار المرض ونقص المعلومات المتعلقة بالحاجات الغذائية الخاصة للأطفال الصغار فحينما تتكرر أمراض مثل الإسهال والحصبة والالتهابات التنفسية يصبح سوء التغذية النتيجة الحتمية لها (5) كما أن بعض العادات السيئة في المجتمع مثل عدم إعطاء غذاء أحر مكمل لحليب الأم أو منع الطفل المصاب بالإسهال أو المرض من الطعام والشراب يؤدي إلى سوء التغذية (5) .

وأشارت بيتي في دراستها عام 1988م (20) بوجود نقص الطاقة الغذائية والبروتينات (Mainurition protein Enrcy) بين الرضع والأطفال وهذا يعني نقص الغذاء العام وربما يعود ذلك للعادات الصحية السيئة أو لانتشار الأمراض التي تمنع الاستفادة من السرعات المتوفرة خصوصاً الأسهالات والأمراض الطفيلية ..

وسبق استعرضنا انتشار هذه الأمراض في اليمن ويمكن الوقاية من سوء التغذية بوسائل فاعلة ومعقولة التكاليف كاستخدام التحصين الشامل للأطفال والوقاية من الأسهالات ومعالجتها وتوفير المياه النقية ومرافق صحة البيئة ورعاية الأم الحامل ومباعدة الولادات واستخدام الرضاعة الطبيعية وتوفير المعلومات المتعلقة بالحاجات الغذائية للرضع والأطفال (5) .

أهداف ومضامين الإستراتيجية اليمنية للطفولة الآمنة :-

تهدف استراتيجية الطفولة الآمنة في الجمهورية اليمنية لتخفيض معدلات وفيات الرضع من 130 في كل ألف مولود حي في عام 1991م إلى 60 في الألف عام 2000 وتخفيض معدلات وفيات الأطفال من سن 1-4 سنوات بمقدار % خلال نفس الفترة ولتحقيق هذا الهدف العام ينبغي تحقيق الأهداف المحددة التالية (2ر3) :-

– رفع مستوى تغطية التحصين والتطعيم إلى أكثر من 85 في المائة على الأقل بين الأطفال ضد أمراض الطفولة الستة (الخناق ، السعال الديكي ، الكزاز ، الحصبة ، شلل الأطفال ، السل) .

– تخفيض وفيات الناتجة عن الأسهالات بنسبة 50% عن معدلات عام 1990م .

– توفير الحصول على معلومات كافية عن تنظيم الأسرة وطرق مباحة الولادات وتعميم خدمات تنظيم الأسرة لتصل إلى نسبة 35% بدلاً من النسبة الحالية المقدرة بنحو 5% 1991م .

– تخفيض معدلات سوء التغذية المرتفعة والمتوسطة بين الأطفال دون الخامسة من العمر بنسبة نصف معدلات عام 1991م .

– تحسين معدل التغطية بمياه الشرب النقية لتصل إلى نسبة 80% مقابل 48% في عام 1991م وتوفير الوسائل اللازمة لرفع مستوى خدمات الصرف الصحي .

– تخفيض معدلات وفيات الأطفال الناتجة عن الالتهاب الرئوي الحادة بنسبة 33% .

– تغطية وتسهيل وصول الخدمات الصحية الأساسية لأكثر من 90% من سكان الجمهورية اليمنية .

– تكثيف العمل لمحو الأمية بين الكبار بحيث تهبط نسبة الأمية إلى أقل من 50% بين الأناث وأقل 30% بين الذكور .

متطلبات نجاح إستراتيجية الطفولة الآمنة :

ترتكز فرضية إستراتيجية الطفولة الآمنة على امكانية تجنب الوفيات العالية من الرضع والأطفال إذا تم تبني بعض وسائل التداخلات وعلى كل فإن أساليب التداخلات الناجحة تعتمد على الشروط وهي (17) :

الالتزام السياسي والاجتماعي :-

ربما يكون أهم عامل لأستراتيجية الطفولة الآمنة هو الإرادة السياسية والاجتماعية ويجب ترجمة هذه الإرادة إلى دعم سياسي واجتماعي للأهداف الصحية التي ينبغي تحقيقها خلال فترة محددة وتحديد وتوزيع وتنسيق الموارد المتوفرة محلياً ومن العالم الخارجي لتطوير البرامج مع إدخال البرامج الصحية المتكاملة في إطار التخطيط التنموي .

دمج الإستراتيجية في نظام الرعاية الصحية الأولية :-

لتحسن صحة الطفولة ينبغي دمج الاستراتيجية مع النظام الموسع للرعاية الصحية الأولية اذ بالرغم من النجاح النسبي لبرامج الرعاية الصحية الأولية فما زالت دون تحقيق الأهداف المحددة لها وذلك لعدة أسباب أهمها قلة الموارد وسوء الإدارة ونقص في الكوادر التمريضية والفنية المؤهلة ولاشك أن هذه العوامل تؤثر على نجاح برامج الرعاية الصحية الأولية .

وفي الجانب الأخر فان النسبة العالية في وفيات الرضع والأطفال ومحاولة تخفيضها تتطلب التبنى السريع للأستراتيجية ضمن إطار الرعاية الصحية الأولية .

التنسيق بين القطاعات :

لا ينبغي اعتبار استراتيجية الطفولة الآمنة كقطاع منفصل وبالتالي لا يعتبر احتكاره واقتصره في إدارة واحدة ومن الطبيعي أن تعتمد هذه الإستراتيجية على العديد من القوى الإقطاعية وكل قطاع له أهمية طالما ركز على تحسين الصحة للأطفال . ولتأمين التنسيق ينبغي أن تكون الإستراتيجية عنصراً داخلياً ضمن التخطيط الاقتصادي والاجتماعي ويجب أ، يكون هناك دور محدد للجمعيات التطوعية والقطاع الخاص والإدارات المعنية في وحدات الجهاز الحكومي .

مبادرات القطاع الخاص :

سبق الإشارة إلى أن المعلومات المؤثرة على خدمات صحة الطفل عديدة منها قصور في الموارد المالية وسوء الإدارة ولتغطية الفجوة بين احتياج الخدمات وتقديم الخدمات لاشك أن هناك دور كبير يمكن استغلاله في القطاع الخاص والشعبي بإمكان تشجيع القطاع الخاص والشعبي بإمكان تشجيع القطاع الخاص والشعبي لتقديم الخدمات الصحية حتى تكون متوازنة مع الخدمات الحكومية حيث تصل في المدى الطويل إلى أيجاد برامج جيدة لتحسين صحة الطفولة .

تعدد طرق تقديم الخدمات الصحية :

يجب التركيز على إنشاء عدة أنواع من الخدمات الصحية خارج الإطار التقليدي للعيادات حيث يمكن توصيل الخدمات عبر العاملين الصحيين في المجتمع كالجندات والمرضات والمتطوعات وتشجيعهن على هذا العمل .

مشاركة المجتمع :-

أثبتت تجربة إنشاء مجالس محلية في المحافظات نجاحها إذ تسهم هذه المجالس الممثلة من جميع فئات ومناطق المحافظات الشمالية في كثير من المشروعات وتشارك في وضع الخطط التنموية وتسهم في تنفيذها وينبغي تشجيع هذه المشاركة لعموم الجمهورية كونه شرطاً ضرورياً لنجاح استراتيجية الطفولة الآمنة حيث يمكن أن تتولى هذه المجالس المحلية تحديد المكالات وتشارك في تخطيط البرامج ومتابعتها وتقويمها .

اللامركزية :

ينبغي تعزيز الاتجاه نحو لامركزية التخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقييم على مستوى المحافظات وأقسامها لإدارية الوسطى والصغرى . وأن تتوافق اللامركزية مع خطط التدريب والإمداد والإشراف .

رفع الكفاءة ويتضمن ذلك :

— تدريب مناسب للعاملين بمختلف مستوياتهم لاستخدام المهارات المكتسبة في تقديم خدمات الإستراتيجية وينبغي أن يشمل التدريب على التحسين الإداري ، التخطيط ، المهارات الإشرافية ، والمتابعة وبالذات في المستويات الوسطى والعليا .

— إعادة النظر في التعليم العالي ليتناسب مع احتياجات الإستراتيجية .

— تحسين جمع وتحليل البيانات الإحصائية لدراسة اتجاهات ومحددات الطفولة الآمنة ودعم الأبحاث المتعلقة بذلك .

الخطوات الإجرائية لتحقيق استراتيجية الطفولة الآمنة :-

إن المخاطر المباشرة التي تعيق تحقيق استراتيجية الطفولة الآمنة يمكن حصرها في الأسهالات ، أمراض الطفولة الستة ، الالتهابات الرئوية الحادة ، الملاريا ، سوء التغذية والسلوك الإنجابي غير المنظم وهذا المعوقات مجتمعة تضع الأطفال في دوائر المخاطر العالية (25ر24) .

الأسهالات :

تعتبر الأهالات السبب الرئيس لوفيات الرضع والأطفال حيث أن الجفاف الناتج عن الأسهالات مسئول عن وفيات أكثر من ثلث الرضع والأطفال بالإضافة إلى أنه عامل مساعد لأمراض الطفولة الستة وسوء التغذية . وأساليب التدخلات التي يمكن تنفيذها للتخفيف من حدة هذه الوفيات تكمن في الإجراءات التالية :

— معالجة الجفاف بواسطة استخدام محلول الأملاح عن طريق الفم .

— الرضاعة الطبيعية .

— تحسين الممارسات الصحية مثل النظافة الشخصية وغيرها .

— تحسين توريدات المياه النقية والصرف الصحي .

— التحصين ضد أمراض الطفولة الستة .

— التثقيف الصحي .

أمراض الطفولة الستة :

من المقدر أن تقضي أمراض الحصبة والخنق والكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال والسل على حياة الكثير من الرضع والأطفال حيث تسبب هذه الأمراض إلى وفيات نحو الثلث من الرضع والأطفال حيث تسبب هذه الأمراض إلى وفيات نحو الثلث من الرضع والأطفال ويصاب آخريين بالكساح نتيجة شلل الأطفال .

وأساليب التدخلات التي يمكن إجراؤها لتفادي هذه الوفيات هي :

— تلقيح الأطفال حسب سنهم .

— تناول غذاء كاف .

- تحسين الظروف المعيشية .
- تحصين النساء في سن الإيجاب 15-49 ضد الكزاز .
- الممارسات الصحية أثناء الولادة .
- وجود شخص مدرب للإشراف على الولادات .
- التثقيف الصحي .

التهابات الرئوية الحادة :

باستثناء الأسهالات فإنه لا توجد مجموعة من الأمراض تؤثر على وفيات الأطفال كأمراض الالتهابات الرئوية الحادة التي تؤدي إلى وفاة الأطفال بنسبة 20-25% .
وأساليب التدخلات التي يمكن اتخاذها إزاء هذه الأمراض هي :

- استخدام معالجات طبية .
- تناول غذاء كاف .
- تحسين الأحوال المعيشية .
- التثقيف الصحي .
- توسيع الخدمات الصحية العلاجية .

الأمراض الطفيلية :

تؤثر الملاريا كثيراً على إستراتيجية الطفولة الآمنة وتعرض الأمهات والرضع والأطفال إلى مخاطر كبيرة وتقدر نسبة وفيات الأطفال الناتجة عن الإصابة بالملاريا نحو 10% وتسبب كذلك إلى معدلات عالية من الأجهزة التلقائية في الحوامل ومع مواليد ذات أوزان ناقصة أي مبتسرة وسوء التغذية .

وسائل التدخلات المطلوب اتخاذها هي :

- مكافحة البعوض بيئياً وكيمياوياً .

– استخدام طرق وقائية لمكافحة البعوض (مثل الناموسية) .

– استخدام علاج طبي .

– التثقيف الصحي .

– توسيع الخدمات الصحية العلاجية .

سوء التغذية :-

إن الإسهال والحصبة والالتهابات الرئوية تذهب بشهية الطفل وتمنع امتصاص الغذاء وتحرق السعرات الحرارية وتستنزف المواد المغذية عبر الإسهال والمرض . وحينما تتكرر هذه الأمراض يصبح سوء التغذية ويصل 56% بين أطفال الريف .

ويمكن تفادي سوء التغذية بوسائل التدخلات التالية : -

– تحسين صحة الأم والاهتمام بتغذيتها أثناء الحمل .

– تشجيع الرضاعة الطبيعية .

– تحسين ممارسات الفطام .

– الاستمرار في إطعام الطفل أثناء المرض .

– مراقبة نمو الطفل .

– توزيع كبسولات فيتامين (أ) ضمن برامج التحصين .

– الاهتمام بالتثقيف الصحي لنشر المعلومات الصحية بالحاجات الغذائية للأطفال .

– تشجيع المباشرة بين الولادات لفترة سنتين على الأقل للحفاظ على الصحة الغذائية للأم والطفل .

– إدخال نظام التحري الوبائي للاكتشاف المبكر لسوء التغذية ودعم الممرضين لها بالأسلوب المناسب .

توقيت الولادة :-

سبق التنويه إلى أن هناك ثلاثة عوامل مستقلة تؤثر على إستراتيجية الطفولة الآمنة بخلاف المخاطر المتعلقة بسوء التغذية والعدوى والرعاية الصحية وهذه العوامل هي : عمر الأم عند الولادة ، عدد المواليد أثناء فترة الخصوبة والفترات الفاصلة بين ولادة وأخرى (جدول رقم 8) وسجل تقرير اليونسيف عن وضع الأطفال في العالم 1991م أن من شأن المبادرات بين الولادات لمدة سنتين على الأقل تخفيض وفيات الأطفال بحولي 20% .

وسائل التدخلات المطلوب اتخاذها :

– توسيع الفترة الفاصلة بين الولادات لمدة سنتين على الأقل .

– تشجيع الأمهات على الإنجاب خلال السنوات الآمنة للإنجاب وهي 20-35 عاماً .

– تجنب زيادة مجموع الولادات عن أربعة أطفال .

– استخدام الرضاعة الطبيعية واستمرارها لمدة سنتين تطبيقاً لقولة تعالى (والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة) سورة البقرة الآية رقم (233) .

– ضرورة توفير المعرفة عن وسائل تنظيم الأسرة وإمكانه الوصول إلى خدماتها وأن تتوفر تلك الخدمات على أنها حق من حقوق الإنسان .

– التثقيف الصحي .

الخاتمة

لاشك أن مشاركة بلادنا في حضور القمة العالمية للأطفال وتوقيعها على اتفاقية حقوق الطفل ما هو إلا دليل قاطع لاهتمام بلادنا بالأطفال الذين يقعون ضحايا المرض وسوء التغذية والعمل على مواجهة تلك المعوقات لرفاهية وبقاء الطفل اليمني والسؤال المطروح الآن هل يكفي الالتزام بالتعهدات؟؟

إن معدلات وفيات الرضع والأطفال في اليمن مازالت مرتفعة وقد وضعت هذه الورقة أهدافاً واستراتيجية وتدخلات لتحقيق طفولة آمنة بوسائل أصبحت معروفة من السهل الحصول عليها ومن شأن تحقيق هذه الأهداف الإسهام أيضاً في تخفيض معدل النمو السكاني لأن الانخفاض المطرد في معدلات وفيات الأطفال في اتجاه المستوى الذي يصبح الأباء فيه واثقين من أن أطفالهم سيبقون على قيد الحياة يستتبع أيضاً بعد فترة فاصلة مزيداً من التخفيض في الإنجاب .

إن الوعود السياسية دائماً بليغة وأهدافها وطموحة ، لكن لن يكتب للأطفال البقاء ولن تتحسن ظروفهم بمجرد الوعود فقط والمطلوب حشد الإرادة السياسية لترجمة الأمل والوعود إلى حقيقة عبر موافقتها على

إستراتيجية الطفولة الآمنة ووضع البرامج الكفيلة بنجاحها وتوفير الموارد الكافية لتحقيق أهدافها . وينبغي توجيه الدعوة إلى كل المنظمات الوطنية والعالمية للمشاركة في تحقيق هذه الإستراتيجية لرفاهية وبقاء الطفل اليمني .

المراجع

- 1 – مشروع بحث وفيات الأمهات ، الدكتورة ستاحسن إسحاق ، " ندوة الأمومة السليمة في الجمهورية اليمنية " أكتوبر 1990م ، صنعاء .
- 2 – الإستراتيجية الوطنية للسكان ، مركز الدراسات والبحوث السكانية ، الجهاز المركزي للإحصاء ، مركز الدراسات والبحوث السكانية ، وزارة التخطيط والتنمية ، الجمهورية اليمنية ، نوفمبر 1990م صنعاء .
- 3 – TOWARDS POPULAR POLICY DEVELOPMENT IN YEMEN , 1991 ABDUL AZIZ FARAH , SANA'A APRIL .
- 4 – الأهداف والخطوات الإجرائية والتنفيذية للإستراتيجية الوطنية للسكان في الجمهورية اليمنية ، مركز الدراسات والبحوث السكانية ، الجهاز المركزي للإحصاء ، وزارة التخطيط والتنمية ، يونيو 1991م .
- 5 – وضع الأطفال في العالم 1991م منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونسيف) .
- 6 – النشرة السكانية ، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا ، العدد 29 ، كانون الأول 1986م .
- 7 – دليل السكان ، مكتب مرجع السكان 1980م ، واشنطن دي سي ، الولايات المتحدة الأمريكية .
- 8 – سكان العالم الغربي حاضراً ومستقبلاً ، الأستاذ الدكتور عبد الرحيم عمران ، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية ، نيويورك 1988م .
- 9 – سكان العالم العربي حاضراً ومستقبلاً ، الأستاذ الدكتور عبد الرحيم عمران ، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية ، نيويورك 1988م .
- 9 – مسح الخصوبة في الجمهورية العربية اليمنية 1979م ، المجلد الأول ، تعميم ونتائج الدراسة ، المسح العالمي للخصوبة ، المعهد الدولي للإحصاء .

– 10CHILD MORTALITY IN YEMEN , POPULATION BULLETIN OF ESCWA.

– 11 BEATTY, S. 1989 . TAIZ GOVERNORATE PRIMARY HEALTH CARE SURVEY.

– 12 BEATTY, S. AND VAN DIJK , 1988. CHILD MALNUTRITION IN RURAL DHAMAR AND.

– 13 WORLD BANK, WORLD DEVELOPMENT REPORT 1990 , OXFORD UNIVERSITY PRESS OXFORD.

– 14 ABDUL – GHANI , N: ERIKSSON , M ; KRISTIANSSEN , B, AND QIRBI , 1987, THE INFLUENCE, OF Khat CHEWING ON BIRTH WEIGHT IN FULL TERM INFANTS . SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE.

– 15 POPULATION AND WATER IN REPUBLIC OF YEMEN. ABKUL REQIB SAIF ; MOTAHAR A. ZABARAH AND ABDUL AZIZ FARAH . SEMINAR ON ECONOMIC AND SOCIAL ISSUES IN WATER RESOURCES DEVELOPMENT AND MANAGEMENT . SANA'A . MAY 1991.

16 – أثر النمو السكاني على التنمية الاقتصادية والاجتماعية في الجمهورية العربية اليمنية ، رشيدة على حمود الهمداني ، جامعة صنعاء ، فبراير 1989 م .

– 17 TOWARDS , A SUDANES CHILD SURVIVAL STRATEGY , ABDUL AZIZ FARAH , GAFFER IBN AUD MO - HAMED IBRAHIM EL EMAM . POPULATION & DEVELOPMENT IN THE SUDAN , EDITOR ATIF A , SAGHAYROUN & OTHERS, .NORTH CAROLIN; U.S.A .

18 – النشرة السكانية ، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا ، العدد 31 كانون الأول 1987 م .

– 19 UNICE, 1990 IMMUNIZATION , DIRRHOEAL DISEASE , MATIRNAL AND CHILD MORTALITY SURVEY.

– 20 THE STATUS OF HEALTH AND NUTRITION OF WOMEN AND CHILDREN IN THE YEMEN ARAB REPUBLIC.

المؤشرات العامة للجمهورية اليمنية من واقع تعدادي عام 1986م (للمحافظات الشمالية)

وعام 1988م (للمحافظات الجنوبية)

555,000 كم مربع (دون الربع الخالي)	– المساحة
11,6 مليون نسمة	– إجمالي السكان
400-500 دولار أمريكي	– المتوسط السنوي لدخل الفرد
52,49%	– نسبة السكان أقل من 15 سنة
8,36	– معدل الخصوبة الإجمالي
2,1%	– معدل النمو السكاني
46,3%	– توفيق الحياة عند الميلاد للجنسين
52,6 لكل ألف	– معدل المواليد الخام
21,8 لكل ألف	– معدل الوفيات الخام
125,6%	– نسبة الإعاقة الإجمالي
17,2%	– نسبة إعاقة الأطفال (0-14)
120 لكل ألف	– معدل وفيات الرضع
196 لكل ألف	– معدل وفيات الأطفال
18,88%	– نسبة سكان الحضر
81,12%	– نسبة سكان الريف
66,6%	– نسبة الأمية بين الجنسين
46,3%	– نسبة الأمية بين الذكور
85,4%	– نسبة الأمية بين الإناث
6,9%	– متوسط حجم الأسرة

64.5%	– نسبة الوحدات السكنية المزودة بالكهرباء
29.98%	– نسبة الوحدات السكنية المزودة بالماء
18.28%	– نسبة الوحدات السكنية المزودة بالصرف الصحي
183 لكل ألف	– نسبة وفيات الأطفال في الحضر
199 لكل ألف	– نسبة وفيات الأطفال في الريف

المصدر : الجهاز المركزي للإحصاء - البيانات الأولية الموحدة للجمهورية اليمنية لعام 1988م .

جدول رقم (2)

نسبة الوحدات السكنية المزودة بالكهرباء والماء والصرف الصحي على مستوى المحافظات .

المحافظات	نسبة الوحدات المزودة بالكهرباء	نسبة الوحدات السكنية المزودة بالماء	نسبة الوحدات المزودة بالصرف الصحي %
أمانة العاصمة	92.85	79.2	65.38
عدن	80.84	78.9	81.31
صنعا	44.19	12.4	4.96
لحج	36.72	21.6	4.10
تعز	34.90	23.3	19.07
أبين	47.65	38.4	22.18
الحديدة	31.44	40.2	9.50
شبو	50.37	43.4	12.90
إب	55.85	30.8	19.43

45,58	70,9	69,67	حضر موت
8,35	14,8	36,44	ذمار
15,87	24,2	27,22	المهرة
4,48	6,5	26,17	حجة
7,66	10,5	41,76	صعدة
11,84	38,9	72,26	البيضاء
4,91	4,7	36,69	المحويت
6,78	13,0	43,67	مأرب
3,43	7,0	26,49	الجوف

المصدر : الجهاز المركزي للإحصاء - البيانات الأولية الموحدة للجمهورية اليمنية لعام 1988 م .

جدول رقم (3)

مؤشرات وفيات الرضع ومعدلات توقع الحياة والخصوبة الكلي على مستوى محافظات الجمهورية .

معدل الخصوبة الكلي	توقع الحياة عند الولادة للجنسين	معدل وفيات الرضع	المحافظات
8,70	52,7	106	أمانة العاصمة
4,86	54,1	95	عدن
8,92	45,8	135	صنعاء
9,19	51,4	107	لحج
8,63	54,2	100	تعز
8,61	53,0	100	أبين

8,61	40,8	158	الحديدة
8,58	48,4	119	شبوثة
8,61	48,4	139	إب
8,03	51,0	108	حزموت
8,56	40,1	161	ذمار
7,86	04,4	155	المهرة
9,14	44,6	141	حجة
8,23	42,1	149	صعدة
8,65	50,5	115	البيضاء
8,00	45,5	137	المحويت
8,83	49,4	119	مأرب
9,00	38,0	171	الجوف

المصدر الجهاز المركزي للإحصاء - البيانات الأولية الموحدة للجمهورية اليمنية لعام 1988 م .

جدول رقم (4)

معدلات وفيات الرضع والأطفال (خصائص اجتماعية واقتصادية)

معدل الوفيات لكل ألف		الخصائص
الأطفال	الرضع	
تعليم الأم		
—	110	الأم المتعلمة
155,5	171,8	الأم غير المتعلمة (أمية)

135ر7	161ر2	تعليم الأب
166ر1	176ر8	الأب المتعلم
		الأب غير المتعلم (أمي)
المهنة		
167ر1	176ر2	الأم العاملة
142ر1	165ر4	غير العاملة
173ر0	184ر0	الأب العامل بالزراعة
162ر3	172ر9	الأب العامل في أعمال غير دائمة
123ر9	159ر5	الأب العامل في المجال الحرفي
76ر6	104ر2	الأب العامل في المجال المكتبي
مكان الإقامة		
93ر9	128ر2	الحضر
163ر9	176ر8	الريف
153ر4	170ر4	الإجمالي

المصدر : مسح الخصوبة العالمي للمحافظات الشمالية عام 1979م ولادات أقل من 50 .

جدول رقم (5)

نسبة الأمية على مستوى المحافظات (ريف وحضر)

نسبة الأمية في الريف		نسبة الأمية في الحضر		نسبة الأمية بين الجنسين	المحافظة
إناث %	ذكور %	إناث %	ذكور %		
—	—	59ر73	24ر12	39ر1	أمانة العاصمة

80	54,05	38,63	14,89	38,0	عدن
95,2	55,65	85,93	36,15	76,0	صنعاء
75,82	28,05	52,85	19,12	52,0	لحج
91,41	42,93	60,39	24,18	66,0	تعز
72,19	29,93	41,59	17,91	49,3	أبين
79,71	74,76	76,29	42,76	78,6	الحديدة
80,8	20,19	56,58	19,11	57,0	شبوثة
94	48,89	71,43	31,97	17,7	إب
69,92	30,11	45,15	17,81	45,3	حضرموت
96,4	55,94	78,82	35,81	76,2	ذمار
84,81	64,27	64,36	31,95	63,7	المهرة
96,14	65,75	74,8	35,55	80,1	حجة
97,69	66,21	81,73	34,5	79,6	صعدة
92,88	51,29	71,65	29,88	71,4	البيضاء
96,45	60,42	85,47	36,07	78,8	المحويت
95,98	51,04	76,15	28,91	71,4	مأرب
95,96	59,34	85,58	30,08	77,1	الجوف

المصدر : الجهاز المركزي للإحصاء - مركز الدراسات السكانية - 1991م .

جدول رقم (6)

توزيع بعض الخدمات الصحية على مستوى المحافظات .

عدد السكان لكل طبيب	عدد السكان لكل مستشفى	المحافظات
840	67,686	أمانة العاصمة
763	61,688	عدن
17,066	460,774	صنعا
8,583	59,906	لحج
4,239	171,448	تعز
8,780	49,756	أبين
16,949	309,317	الحديدة
14,961	56,105	شبو
26,330	236,974	إب
7,228	88,799	حزموت
30,372	759,308	نمار
14,414	86,484	المهرة
41,991	293,936	حجة
31,441	104,803	صعدة
24,471	183,533	البيضاء
37,659	201,271	المحويت
28,682	28,243	مأرب
		الجوف

المصدر : الجهاز المركزي للإحصاء - البيانات الأولية الموحدة للجمهورية اليمنية لعام 1988م .

جدول رقم (7)

أسباب وفيات الأطفال من خمس سنوات

النسبة	عدد الوفيات	المرض
%28	52ر200	الإسهال
%15	13ر500	الالتهابات التنفسية الحادة
%11	9ر900	الحصبة
%70	6ر300	الملاريا
%06	9ر400	الكزاز الوليدي
%04	3ر600	السعال الديكي
%29	36ر100	أخرى

المصدر : تقرير اليونيسيف عام 1991م .

جدول رقم (8)

معدلات وفيات الرضع والأطفال خصائص ديمغرافية .

معدلات الوفيات لكل ألف		الخصائص
الأطفال	الرضع	
عمر الأم عند الولادة		
106ر1	204ر1	أقل من 20
97ر2	167ر1	24-20
94ر8	171ر2	29-25
105ر1	144ر9	34-30

95ر5	149ر0	39-35
73ر1	172ر9	44-40
—	151ر7	49-45
ترتيب الولادات		
95ر5	192ر2	1
101ر3	163ر6	2
96ر4	149ر8	4-3
117ر5	163ر8	6-5
79ر0	190ر8	7 فأكثر
الفواصل الزمنية بين الولادات		
140ر7	226ر9	أقل من 24 شهراً
18ر3	108ر7	24-35 شهراً
2ر0	83ر4	35-93 شهراً
3ر3	56ر1	60 شهراً فأكثر

المصدر : مسح الخصوبة العالمي للمحافظات الشمالية عام 1989م

* عدد الولادات أقل من 50 .