Perim
بريم
مجلة شهرية تحليلية تصدر كل شهر
تهتم بقضايا الدول المشاطئة على البحر الأحمر وخليج عدن
العدد: (26) - ابريل 2026

الحرب التي ابتلعت مشروع القوة السعودية

من الحسم إلى التفاهم.. السقوط البطيء للنفوذ السعودي في اليمن

Perim بريم

مجلة شـهرية تحليلية تصدر كل شـهر

تهتم بقضايا الدول المشاطئة على البحر الأحمر وخليج عدن
تصدر عن مؤسسة اليوم الثامن للإعلام والدراسات

Political and Economic Magazine Concerned with the Issues of the Red Sea and Gulf of Aden Countries - Published by the alyoum8th Foundation for Media and Studies

العدد: (26) - ابريل 2026

مجلة سياسية اقتصادية تهتم بقضايا الدول المشاطئة على البحر الأحمر وخليج عدن، صادرة عن مؤسسة اليوم الثامن للإعلام والدراسات، وتحمل ترخيص رقم (0693).

تأسست في مدينة عدن

جنوب اليمن في فبراير/ شباط العام 2024م

العنوان - جنوب اليمن - عدن - البريقة

للتواصل واتساب: 00967777491124

المراسلات واستقبال الأبحاث

تُرسل الدراسات والأبحاث والمقالات التحليلية والعلمية إلى

سكرتير التحرير د. شورى فضل عبر:

ايميل: perimjournal@gmail.com

الموقع الإلكتروني:

perimjournal.com - perimjournal.net

تلتزم مجلة "بريم" بالمعايير البحثية والتحريرية في نشر الدراسات والأوراق التحليلية، وتتحمل الجهات البحثية والكتّاب مسؤولية دقة المعلومات والبيانات الواردة فيها.

حُقُوقُ الطَّبعِ مَحفُوظةٌ

@Perimjournal

مجلس الإدارة والتحرير

صالح أبو عوذل
رئيس مجلس الإدارة
رئيس التحرير

أ. د. سالم علوي الحنشي
نائب رئيس التحرير

إدارة التحرير
ولاء عمران
مدير التحرير

د. رحيمة عبدالرحيم
مدير التحرير

الإدارة التنفيذية
د. أشجان الفضلي
المدير التنفيذي

حنين العولقي
المدير الإداري

سكرتارية التحرير
د. شورى فضل
سكرتير التحرير المسؤول

مدير الإنتاج
مراد محمد سعيد

المجلس الاستشاري
أ. د. عبده يحيى صالح الدباني
أ. د. هادي فضل العولقي
أ. مساعد. د. عارف صالح السنيدي
د. هيثم حسين جواس
د. مراد عبدالله الحوشبي
د. رائد شائف القطيبي
د. فضل محمد الشاعري
د. صلاح لرضي بن دويل
العميد/ صالح علي الدويل
د. محمد جمال الشعيبي

للإعلان في مجلة بريم Perim

كن حيث يُصنع التأثير

تسرّ مجلة بريم، المجلة الفصلية المتخصصة في قضايا البحر الأحمر والأمن الإقليمي، أن تفتح أبوابها أمام المؤسسات والشركات والجهات الفاعلة للإعلان ضمن صفحاتها المرموقة

إن إعلانك في "بريم" ليس مجرد مساحة دعائية، بل هو حضور استراتيجي في منصة نخبوية تُقرأ من قبل صانعي القرار، الباحثين، الصحفيين، والمهتمين بالشأن السياسي والاقتصادي والأمني في المنطقة

لماذا تعلن في "بريم"؟

- توزيع إقليمي ودولي يضمن وصول إعلانك للفئات المؤثرة.
- محتوى تحليلي متخصص يعزز من مصداقية الإعلان.
- تصميم احترافي يُبرز علامتك التجارية بأفضل صورة.
- حضور ضمن عدد يُناقش قضايا الساعة: "التهريب، النفوذ الإقليمي، الأمن البحري"

كن شريكًا في المعرفة والتأثير. واحجز مساحتك الآن.

للتواصل والاستفسار:

perimjournal@gmail.com

00967777491124

تابعنا: perimjournal.com – perimjournal.net

شروط وضوابط النشر

1. أصالة البحث:
يجب أن يكون البحث جديدًا وأصيلًا، ولم يسبق نشره في أي وسيلة من وسائل النشر، سواء الورقية أو الإلكترونية.

2. القيمة العلمية:
يشترط أن يُمثّل البحث إضافة علمية واضحة، سواء كانت نظرية أو تطبيقية.

3. حجم البحث وإعداد الصفحات:
- ألا يتجاوز البحث (20) صفحة بقياس (B5).
- يجب ترك هامش لا يقل عن (3 سم) من جميع جوانب الصفحة.

4. تحكيم البحوث:
- تخضع جميع البحوث المقدمة للتحكيم العلمي.
- يُقبل البحث للنشر في حال اتفق اثنان من المحكّمين على صلاحيته، بعد إجراء التعديلات المطلوبة.

5. محتوى الصفحة الأولى:
- تتضمن الصفحة الأولى: عنوان البحث، اسم الباحث/الباحثين، وملخصًا لا يتجاوز (100) كلمة.

6. طريقة التقديم:
- يُقدّم البحث بنسخة إلكترونية بصيغة (Word).
- تُرسل النسخة إلى بريد المجلة الإلكتروني:
perimjournal@gmail.com
- يجب أن تتضمن الرسالة البيانات التالية:
- عنوان البحث
- اسم الباحث/الباحثين
- الرتبة العلمية والوظيفة الحالية
- رقم الهاتف والبريد الإلكتروني

7. الملخص والمستخلص:
- يُرفق بالبحث ملخصان (بالعربية) لا يزيد كلّ منهما عن (100) كلمة، ويتضمّنان:
- موضوع البحث
- الأهداف
- المنهج
- أبرز النتائج والتوصيات
- كلمات مفتاحية (لا تزيد عن خمس كلمات)

8. توثيق المراجع:
- يجب ترتيب المراجع حسب تسلسل ورودها في متن البحث.

9. مسؤولية المحتوى:
- الآراء الواردة في البحوث المنشورة تعبّر عن أصحابها فقط، ولا تعكس بالضرورة رأي المجلة.

10. لغة النشر:
- تقبل المجلة البحوث باللغتين: العربية أو الإنجليزية.

طلب شراكة نشر اعلانات

بريم Perim
مجلة شهرية تحليلية تصدر كل شهر

السادة المحترمين: _____

تحية طيبة وبعد،

في ظل التحولات المتسارعة التي تشهدها المنطقة على المستويين السياسي والاقتصادي، تبرز الحاجة إلى منصات إعلامية متخصصة قادرة على الوصول إلى جمهور نوعي من صناع القرار والمهتمين بالشأن العام.

من هذا المنطلق، تتيح مؤسسة اليوم الثامن للإعلام والدراسات فرصة للتعاون الإعلاني عبر مجلة "بريم"، وهي مجلة سياسية اقتصادية متخصصة، تُعنى بدراسة قضايا الدول المشاطئة للبحر الأحمر وخليج عدن، وتستهدف شريحة مؤثرة من الباحثين وصناع القرار على المستويين الإقليمي والدولي.

القيمة المضافة للإعلان

- الوصول إلى جمهور متخصص وفاعل في دوائر التأثير
- تعزيز الحضور المؤسسي ضمن بيئة إعلامية موثوقة
- استهداف جمهور إقليمي ودولي عبر قنوات رقمية فعالة
- إمكانية تصميم محتوى إعلاني يتوافق مع هوية المؤسسة

خيارات المساحات الإعلانية

نوع الإعلان	قيمة التكلفة
صفحة كاملة	100 دولار
نصف صفحة	50 دولار
ربع صفحة	25 دولار
إعلانات خاصة رعاية محتوى	من 100 إلى 500 دولار

* يمكن تصميم الإعلان بما يتوافق مع هوية المؤسسة، حسب الطلب.

قنوات الوصول والتوزيع

تعتمد المجلة نموذج توزيع حديث يضمن وصول المحتوى إلى جمهور واسع ومؤثر، من خلال:

- **النشر عبر الموقع الرسمي للمجلة** والمنصات الرقمية التابعة للمؤسسة
- **التوزيع عبر القوائم البريدية المتخصصة**
- **الوصول إلى جمهور إقليمي ودولي** في دوائر البحث وصناعة القرار
- **التوزيع المحلي الخاص بالاشتراكات**

نؤمن بأن هذا التعاون يمثل فرصة لتعزيز حضوركم لدى شريحة نوعية من المتلقين، ويسعدنا تزويدكم بكافة التفاصيل المتعلقة بالحجز والتنسيق.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،

د. شورى فضل سالم
مدير العلاقات العامة
مؤسسة اليوم الثامن للإعلام والدراسات
سكرتير تحرير مجلة بريم

التعريف

عن مجلة بريم

مجلة "بريم" هي مجلة سياسية اقتصادية متخصصة، تُعنى بتحليل القضايا الإقليمية والدولية، مع تركيز خاص على الدول المشاطئة للبحر الأحمر وخليج عدن، وما يرتبط بها من تحولات سياسية واقتصادية وأمنية.

تصدر المجلة عن **مؤسسة اليوم الثامن للإعلام والدراسات**، وهي مؤسسة إعلامية بحثية مستقلة تعمل على إنتاج محتوى تحليلي واستراتيجي بمنهجية علمية ورؤية استشرافية.

انطلقت المجلة في مارس 2024 كمنصة تحليلية تسعى إلى تقديم قراءة معمقة للتطورات في الشرق الأوسط والقرن الأفريقي، من خلال دراسات وتقارير تستهدف صناع القرار والباحثين والمهتمين بالشأن السياسي والاقتصادي.

تعتمد المجلة على محتوى تحليلي رصين يجمع بين الرصد الدقيق والطرح الموضوعي، وتغطي ملفات استراتيجية تشمل الأمن البحري، الطاقة، التحالفات الدولية، والتغيرات الجيوسياسية، مع انتشار رقمي يضمن الوصول إلى جمهور إقليمي ودولي.

perimjournal@gmail.com | +967 777491124 | perimjournal.com | perimjournal.net

Perim
بريم
مجلة شـهرية تحليلية تصدر كل شـهر

فهرس

العـــدد (26) – أبريـــــل 2026

الصفحة	المادة
6	الافتتاحية: الحرب التي ابتلعت مشروع القوة السعودية
8	الحرب التي أضعفت النساء في اليمن – النظام الصحي والحماية الاجتماعية للمرأة في اليمن
41	التهاب السحايا والمسببات الجرثومية والتدهور البيئي (دراسة صحية)
87	واقع الشباب – دراسة اجتماعية عن الإدمان والأزمات المعيشية

الحرب التي ابتلعت مشروع القوة السعودية

هيئة التحرير

بعد عشر سنوات من الحرب، تبدو السعودية أقرب إلى دولة تبحث عن مخرج آمن من اليمن، لا عن نصرٍ سياسي فيه. فالحرب التي بدأت بوصفها مشروعًا لإعادة رسم توازنات المنطقة، انتهت إلى واقع أكثر تعقيدًا: الحوثيون ما زالوا في صنعاء، النفوذ الإيراني لم يتراجع، واليمن نفسه تحول إلى مساحة مفتوحة للفوضى والتدخلات وتعدد مراكز القوة

حين أطلق محمد بن سلمان الحرب عام 2015، كان الخطاب السعودي يتحدث عن حسم سريع، واستعادة الدولة اليمنية، وكسر النفوذ الإيراني جنوب الجزيرة العربية. لكن ما حدث فعليًا كان العكس تقريبًا. فالحرب الطويلة لم تُنهِ الحوثيين، بل دفعتهم للتحول من جماعة محلية مسلحة إلى فاعل إقليمي يمتلك قدرة متزايدة على التأثير في معادلات الأمن الإقليمي والملاحة والطاقة

المفارقة الأكثر قسوة أن الحرب التي كان يفترض أن تؤسس لصعود سعودي حاسم في المنطقة، تحولت إلى واحدة من أكثر لحظات الإنهاك الاستراتيجي للرياض. فالتفوق العسكري الهائل، والدعم الدولي، والتحالف الواسع، لم تكن كافية لإنتاج تسوية مستقرة أو فرض واقع سياسي جديد داخل اليمن

ومع مرور الوقت، بدأت السعودية نفسها تتراجع تدريجيًا عن خطاب الحرب. انتقلت من الحديث عن "هزيمة الحوثيين" إلى التفاوض معهم، ثم إلى التفاهم مع إيران ذاتها برعاية صينية. لم يكن ذلك مجرد تغيير تكتيكي، بل تعبيراً عن إدراك متأخر بأن المنطقة دخلت مرحلة لم تعد فيها الحروب المفتوحة قادرة على إنتاج انتصارات واضحة

هذا التحول لا يخص السعودية وحدها. فالشرق الأوسط بأكمله يبدو اليوم أقل اقتناعًا بأوهام الحسم العسكري، وأكثر ميلًا إلى سياسات الاحتواء وإدارة التوازنات.

الحروب الطويلة في اليمن وسوريا وليبيا والعراق كشفت حدود القوة التقليدية، وأظهرت أن إسقاط المدن لا يعني بالضرورة إسقاط النفوذ، وأن الجماعات المسلحة باتت جزءًا ثابتًا من خرائط القوة، لا ظواهر مؤقتة يمكن إنهاؤها بالقصف الجوي

وفي اليمن تحديدًا، كشفت الحرب هشاشة فكرة "استعادة الدولة". فبعد سنوات من القتال، تبدو الدولة اليمنية نفسها أكثر ضعفًا وتفككًا، بينما تتوسع خرائط النفوذ المحلية والإقليمية، وتتداخل الحسابات الأمنية بالمصالح الاقتصادية وخطوط الملاحة والطاقة

كما أن تراجع الانخراط الأمريكي المباشر، وصعود الصين كلاعب سياسي واقتصادي، دفع القوى الإقليمية إلى إعادة صياغة أولوياتها. لم تعد الأولوية إسقاط الخصوم بقدر ما أصبحت منع الانفجار الشامل، وحماية الاقتصاد، وتأمين الاستقرار الداخلي، حتى وإن اقتضى ذلك التعايش مع خصوم الأمس

لكن المشكلة أن المنطقة لا تتجه نحو سلام حقيقي، بل نحو شكل أكثر هدوءًا من الفوضى. تفاهمات مؤقتة، وتوازنات هشة، وهدن قابلة للانفجار في أي لحظة. أما اليمن، فما يزال النموذج الأكثر وضوحًا لفشل مشاريع القوة التقليدية في الشرق الأوسط

بعد عقد كامل من الحرب، لم يعد السؤال: من انتصر في اليمن؟، إيران ام السعودية؟، وهل انتهت المعركة والصراع هنا، ام ان حروب الوكالة لا تزال تطبخ خلف الشعارات المذهبية، بين سلفية جهادية مدعومة من السعودية في الجنوب، وشيعية اثنى عشرية مدعومة من إيران في الشمال، قد تبدو العلاقة طبيعية بين البلدين والخصمين اللدودين، لكن هذه العلاقة تظل قائمة على أساس الصراع والتقاسم المذهبي، فالنتيجة اليوم إعادة بناء الجماعات المتطرفة في عدن وبناء نواة أخرى لحزب الله في صنعاء

الحرب التي أضعفت النساء في اليمن..

النظام الصحي والحماية الاجتماعية للمرأة في اليمن.. قراءة في آثار الحرب والانهيار المؤسسي

"تكشف الحرب في اليمن هشاشة أنظمة الحماية الاجتماعية والصحية للمرأة، في ظل انهيار الدولة وتراجع الخدمات الأساسية. فبين النصوص القانونية التي تضمن الحقوق، والواقع الذي تفرضه الحرب والفقر والفساد، تتسع الفجوة الاجتماعية، لتصبح النساء الفئة الأكثر تعرضًا للهشاشة والتهميش داخل مجتمع أنهكته سنوات الصراع الطويل"

☐ **أ.د. سهير علي أحمد**

أستاذ القانون العام في جامعة عدن، سياسية وناشطة بارزة، عضو هيئة رئاسة المجلس الانتقالي الجنوبي، باحثة غير مقيمة لدى مؤسسة اليوم الثامن للإعلام والدراسات

الملخص

هـذه الدراسـة تهـدف إلى التعـرّف على واقـع الحمايـة اشلاجتماعيـة للمـرأة في المجـال الصحـي، وتتضمـن البحـث في أنظمـة الحمايـة الاجتماعيـة في اليمـن المقدمـة للمـرأة على مـدى دورة حياتهـا، وتقديـم لمحـة سريعـة عـن الوضـع الحـالي فـيما يتعلـق بسـياق النظـام الصحـي.

اعتمـدت الدراسـة مـن حيـث المنهجيـة على منهج التحليـل الوصفـي بالإضافـة إلى أسـلوب المقارنـة والاسـتفادة مـن الدراسـات السـابقة ذات الصلـة بموضـوع وأهـداف الدراسـة، وعـن طريـق تنفيـذ مسـح بواسـطة الاسـتبيان لجمـع المعلومـات.

خلصـت الدراسـة إلى أن المشرع اليمني قـد منح المـرأة اسـتقلالية اقتصاديـة، وحمايـة اجتماعيـة، ورعايـة صحيـة مـن خلال نصـوص الدسـتور والقـوانين ذات الصلـة. إلا أنـه في الواقـع العـملي بينـت الدراسـة تـدني نسـبة النسـاء داخـل قـوة العمـل بالمقارنـة بالرجـال وكذلـك مـن إجمالي الأفـراد داخـل قـوة العمـل، وهنـاك فجـوة نوعيـة واخـتلاف في مـؤشر التكافـؤ بينـهما، وأن معظـم العمالـة في اليمـن هـي عمالـة غير منظمـة، ولا تتوفـر لهـا حمايـة اجتماعيـة، أو إجـازة مرضيـة مدفوعـة الأجـر، أو إجـازة سـنوية مدفوعـة، وبينـت الدراسـة أن أغلـب النسـاء يعملـن في القطـاع غير المنظـم. وأن الفقـر يشـتد بين الأسر التـي تعيلهـا النسـاء، ويشـتد مـع ازديـاد عـدد الاطفـال. وأن نسـبة الأميـة بين النسـاء أكثر مـن حـوالي الثلـث مقارنـة بالأميـة بالرجـال في جميـع الفئـات العمريـة.

وضحـت الدراسـة أن جميـع القـوانين اليمنيـة الخاصـة بالحمايـة الاجتماعيـة في مجـال الصحة قد أكـدت على أهميـة تقديـم العديـد مـن الخدمـات الصحيـة والوقائيـة والعلاجيـة للأطفـال، وللأمهـات في فتـرة الحمـل والـولادة والنفـاس، ونظمـت خدمـات رعايـة المـرأة أثنـاء الحمـل والـولادة والاجهـاض، وخدمـات المشـورة والفحوصات وعلاج فيروس نقـص المناعـة، وعلاج الامـراض المزمنـة، كما أكـدت هـذه التشريعـات على وجـوب تقديـم الخدمـات الصحيـة للمعنفـات، وللمـرأة مـن ذوي الاعاقـة، والرعايـة الصحيـة للمـرأة المسـنة. إلا أن الواقـع أثبـت عكـس ذلـك فالنظـام الصحـي يعـاني مـن ضعـف الامكانيـات الماديـة والبشريـة، ونظـام الخدمـات الصحيـة يعـاني مـن الـتشرذم نتيجـة الفسـاد وضعـف الحوكمـة، فتحليـل اتجاهـات مـا قبـل الحـرب يظهـر بالفعـل ضعـف النظـام الصحـي لا سـيما فـيما يتعلـق بصحـة الام والطفـل وانخفـاض في الانفـاق الحكومـي العـام على الصحـة، كما أن تمويـل الرعايـة الصحيـة في اليمـن يعتمـد اعتمـداً كـبيراً على الانفـاق الشـخصي المبـاشر، وبعـد الحـرب نجـد أن الاوضـاع والحـرب قـد أثـرت بشـكل أكبر وسـلباً على جميـع جوانـب الحمايـة الاجتماعيـة في اليمـن. وغيـاب دور الدولة أدى إلى حلـول الـدول المانحـة والمنـظمات الدوليـة لتغطيـة برامـج الرعايـة الصحيـة كافـة. وختمـت الدراسـة بعـدد مـن المقترحـات منهـا على سـبيل المثـال وجـوب أنهـاء الحـرب لأن أثارهـا وخيمـة على المواطـنين، وعلى الدولـة القيـام بواجبهـا في تـوفير الخدمـات الصحيـة الأساسـية اسـتنادا إلى مبـدأ سلسـلة الرعايـة طـول دورة الحيـاة (الطفولـة، المراهقـة، البلـوغ، الحمـل، الـولادة ومـا بعـد الـولادة)، وتفعيـل قانـون الرعايـة الاجتماعيـة وتحديـث قائمـة المسـتفيدين منـه نتيجـة ازديـاد عددهـم نتيجـة الحـرب

Abstract

This study aims to identify the reality of social protection of Yemeni women in the health field. It has investigated the social protection systems in the republic of Yemen provided to women throughout their life circle and provided a brief overview about the current situation in relation to the context of health system. The study has used a survey with a questionnaire to collect the data. It also used descriptive and comparative methods in the analysis and used a. It has concluded that the constitution and the laws have given Yemeni women economic independence, social protection, and access to health care but in practical reality, it has demonstrated a low proportion of women in the workforce compared to men. In addition, it has demonstrated that of the total personnel within the workforce, there was a gender gap and a difference in the gender parity index, and the majority of workers in Yemen were in the unorganized sectors, with no social protection, paid sick leave, or annual leave. The study has also demonstrated that most women were working in the unorganized sector where the poverty is intensified among families headed by women and intensified with the rise in the number of children. In addition, the illiteracy rate among women was more than one-third higher than that of men in all age groups. The study has found that the Yemeni laws related to social protection in the health sector emphasized the provision of many preventive and curative healthcare services to children and mothers during pregnancy and delivery. These laws also organized the services of care during pregnancy, abortion, counseling, testing, and treatment of patients with the immune deficiency virus (HIV), as well as the treatment of chronic diseases. These laws ensured services for abused women, disabled women, and the elderly. However, the reality was different as the health system had poor financial and human resources. The medical service system is fragment due to corruption and weak governance. The analysis of the pre-war situation has demonstrated how weak the health system was, regarding maternal and child healthcare, as well as a decrease in the general governmental spending on health. Health care financing in Yemen depends heavily on direct personal spending. After the start of war, we have found that the situations and the war have affected social protection services in Yemen negatively. The absence of the role of state made the donor countries and the international organizations replace the government to fund the health care programs entirely. The study concluded with a number of suggestions: the obligations to end the war because its effects were dire for citizens, the government must fulfill its duties in providing basic health services based on the principle of health care throughout the life circle (childhood, adolescence, puberty, pregnancy, childbirth, postpartum), activating the social welfare law and updating the list of beneficiaries whose numbers are increasing because of the war and other reasons.

المقدمة

تقع جمهورية اليمن في جنوب غرب شبه الجزيرة العربية في غرب آسيا، تبلغ مساحتها555,000 كيلو متر مربع ويبلغ عدد سكانها 30,411,000 نسمة. (الاسقاط السكاني لعام 2020م). يحدها من الشمال المملكة العربية السعودية، ومن الشرق سلطنة عمان. ولها ساحل جنوبي على بحر العرب وساحل غربي على البحر الأحمر[1] ووفقاً لنتائج الاسقاطات السكانية لعام 2018م فكان الرجال يمثلون ما نسبته 50,9% والنساء 49,1%، أما عن توزيع الرجال والنساء على مستوى الحضر والريف أظهرت نتائج مسح ميزانية الأسرة، أن الرجال في الحضر والريف قد شكلوا ما نسبته 49,40%، والنساء ما نسبته 50,60%، وفي الريف لم تختلف النسبة كثيراً عن الحضر حيث شكل الرجال ما نسبته 49,43%، والنساء ما نسبته 50,57%. كما ان نسبة السكان في الحضر بلغت 30,19%، وفي الريف 69,81% من إجمالي السكان في الجمهورية اليمنية، وهذه النسب توضح أن أغلب السكان يعيشوا في ريف الجمهورية.[2] وفق نتائج الاسقاطات السكانية لعام 2018م

يعاني اليمن من عواقب الصراع من 2011م وحرب 2015 على جنوب اليمن، المستمرة إلى يومنا هذا، وما نتج عنهما من تدهور اقتصادي وانهيار مؤسسي، وقد بات توفر مرافق البنية التحتية الصحية العاملة، مثل المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية أمراً صعب المنال تحت وطأة الحرب، إذ تواجه نسبة كبيرة من السكان تحديات في الحصول على الرعاية الصحية.[3] وفي الوقت الحالي، لا يعمل سوى 50% من المنشآت الصحية بكامل طاقتها، ويواجه أكثر من 80% من السكان تحديات كبيرة في الحصول على الغذاء ومياه الشرب وعلى خدمات الرعاية الصحية. ويُعد نقص الموارد البشرية والمعدات والمستلزمات حجر عثرة في سبيل تقديم خدمات الرعاية الصحية، اضافة لذلك فقد أدى الصراع والحرب إلى تفاقم التحديات الصحية، كما أفضى إلى ضعف إدارة قطاع الرعاية الصحية.[4]

حتى قبل تصاعد الصراع والحرب مؤخراً، كان اليمن أحد أشد بلدان العالم فقراً، إذ سجل أدنى مؤشرات التنمية البشرية في منطقة الشرق الاوسط وشمال أفريقيا.[5] ودفع كل من الصراع وعدم الاستقرار في اليمن إلى الانهيار الاجتماعي والاقتصادي، وبدأت مرحلة من الدمار الشديد في اليمن خصوصاً عام 2014م وتصاعد منذ عام 2015م حتى اندلاع الحرب على مناطق

(1) (ar.m.wikipedia.org/wiki/ Yemen)

(2) نظراً لعدم صدور أو نشر تقرير للمخرجات الديمغرافية السكانية لمسح ميزانية الأسرة بعد عام ٢٠١٤م أو أثناء إعداد هذا التقرير، فقد تمت الاستعانة بقاعدة بيانات المسح لاستخراج ما أمكن من احصائيات ديمغرافية سكانية. ينظر: التقرير السنوي «النساء والرجال في اليمن (صورة احصائية ٢٠١٨م – ص5 وما بعدها) صادرة عن وزارة التخطيط والتعاون الدولي، الجهاز المركزي للإحصاء الذي اعتمد على بيانات مسح ميزانية الاسرة ٢٠١٤م.

(3) قطاع الصحة في اليمن، مذكرة سياسات، سبتمبر ٢٠٢١، ص رقم ١.

(4) غالبية هذا السياق مقتطف من عرض ايضاحي قدمته منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي واليونيسيف في يناير ٢٠٢٠م بعنوان « السياق الانساني: اليمن- المشروع الطارئ للصحة العالمية والتغذية». وتشمل المصادر الاخرى تقارير مكتب تنسيق الشؤون الانسانية التابع للأمم المتحدة عن الحالة في اليمن

(5) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (٢٠٢٠). تقارير التنمية البشرية. http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/yem

جنوب اليمن ، حيث تشير التقديرات إلى وفاة حوالي 100الف شخص بسبب القتال و130 الف شخص بسبب نقص الغذاء والصحة وضعف البنية التحتية، ففي الآثار المباشرة للحرب على الاطفال في اليمن قدرت تقارير أممية بأن عدد القتلى والجرحى منهم خلال سنوات الحرب يصل إلى أكثر من 02001 طفل، بينما تتحدث تقارير لمنظمات حقوقية دولية بأن عدد القتلى والجرحى يفوق 14 الف طفل (5700 قتيل، و8310 جرحى) ، ويلقي 45% من الاطفال حتفهم بسبب سوء التغذية الحاد، ويمثل النساء والاطفال 50% من ضحايا الصراع والحرب الدائرة، وأنهار الاقتصاد، إذ أنخفض إجمالي الناتج المحلي بنسبة 50% ويعيش 58% من اليمنيين في فقر مدقع مقارنة بنسبة 19% قبل اندلاع الصراع. وهذه النسب في ارتفاع مستمر باستمرار الحرب. وفي الوقت الحالي يحتاج نحو 24.4 مليون شخص- أي 80% من السكان- إلى مساعدات انسانية ويواجهون تحديات كبيرة في الحصول على الغذاء أو الرعاية الصحية.[6]وعلى الرغم من استمرار المساعدات الانسانية، فلا يزال 16.2مليون يمني يعانون من انعدام الأمن الغذائي، ويحتاج 1.2مليون طفل دون سن الخامسة إلى العلاج من سوء التغذية الحادة.[7]أدى الصراع إلى انهيار فعلي للخدمات الاجتماعية لأساسية، بما في ذلك نظام الرعاية الصحية اليمني الهش؛ إذ انخفاض الانفاق العام نسبياً على الصحة (لم يشكل سوى 2% من الانفاق الحكومي في العام 2015م)[8] أنخفض الانفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي من 1.16% إلى 0.43% فقط في السنوات التي سبقت الصراع (بين 2005 و 2015) وشهد الانفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الانفاق الحكومي العام انخفاضاً مماثلاً من 3.84% إلى 2.22%.[9]وخلال الفترة نفسها أنخفض الانفاق العام على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية من 22.5% إلى 10.2% فقط. وأنخفض الانفاق الحكومي العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي من 1.16% إلى 0.43% فقط في السنوات (ما بين عامي 2005م و2015م)، وشهد الانفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الانفاق الحكومي العام انخفاضا مماثلاً من 3.84% إلى 2.22%.

على الرغم من ندرة البيانات الحديثة عن المؤشرات الصحية والاتجاهات الديموغرافية في اليمن، فإن تحليل اتجاهات ما قبل الحرب يُظهر بالفعل ضعف النظام الصحي لا سيما فيما يتعلق بصحة الام والطفل وانخفاض في الانفاق الحكومي العام على الصحة

(6) لجنة الإنقاذ الدولية، (2020) تأثير جائحة كورونا في الازمات الإنسانية «حالة طوارئ مزدحمة.
https://www.rescue.org/sites/default/files/document/٤٦٩٣/covid-١٩-doubleemergency-april٢٠٢٠.pdf.
https://www.icrc.org/en/where-we-work/middle-east/yemen/health-crisis-yemen

(7) برنامج الأغذية العالمي التابع للأمم المتحدة. (٢٠٢١). حالة الطوارئ في اليمن.

(8) منظمة الصحة العالمية (2016): مستودع البيانات التابع للمرصد الصحي العالمي. http:/apps.who.int/gho/data/node.main

(9) بيانات منظمة الصحة العالمية: " التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية 2017: اليمن"، وينظر نشرة مجموعة الصحة في اليمن، فبراير/ شباط 2019م

تعد الحماية الاجتماعية حق من حقوق الانسان إذ ينص الاعلان العالمي لحقوق الانسان في المادة 25(1) بأنه « لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاه له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والمسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق فيما يأمن به الغوائل في حالات البطالة، أو المرض، أو العجز أو الترمل أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه».[10](الامم المتحدة. الاعلان العالمي لحقوق الانسان)، ويتوقع مما سبق ذكره أن الأوضاع والحرب في اليمن قد أثرت سلباً على جميع جوانب الحماية الاجتماعية في اليمن، وكما هو معروف فإن تأثير الحروب والصراعات يكون أكثر على الفئات الهشة في المجتمع ومنها النساء ولأطفال

مشكلة الدراسة

نسعى في هذه الدراسة التعرف على أنظمة الحماية الاجتماعية المقدمة للمرأة في المجال الصحي على مدى دورة حياتها في اليمن، وتطرح الدراسة التساؤل الرئيسي التالي: ما واقع الحماية الاجتماعية المقدمة للمرأة في المجال الصحي في اليمن؟ وهل توجد تشريعات تتناول ضمان تقديم الرعاية الصحية؟ وماهي أبرز المعوقات التي تحد من مشاركة المرأة في عملية التنمية؟

هدف الدراسة

التعرف على الحماية الاجتماعية المقدمة للمرأة اليمنية في المجال الاقتصادي والاجتماعي والصحي حسب المتاح. واستعراض القوانين والتشريعات المتعلقة بالحماية الاجتماعية. والتعرف على الخدمات والرعاية الصحية المشمولة بالتغطية الصحية. والكشف عن الفجوات في أنظمة الحماية الاجتماعية الصحية للمرأة اليمنية، معتمدة على المنهج التحليلي الوصفي

منهجية الدراسة

اعتمدت الدراسة من حيث المنهجية على منهج التحليل الوصفي بالإضافة إلى اسلوب المقارنة والاستفادة من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع وأهداف الدراسة.، وعن طريق تنفيذ مسح بواسطة الاستبيان لجمع المعلومات، والاستفادة من المعلومات والبيانات التي تم الحصول عليها من الوزارات والمرافق التي تم النزول اليها ، وعن طريق المقابلات الشخصية مع المختصين ، كما تم الاستعانة بالعديد من المراجع المختلفة، ولقد تم التركيز على البنود التالية

وضع المرأة في اليمن

أولاً: المرأة وسوق العمل

نص المشرع الدستوري اليمني في المادة رقم (29) على أن» العمل حق وشرف وضرورة لتطوير المجتمع ولكل مواطن الحق في ممارسة العمل الذي يختاره لنفسه في حدود القانون ولا يجوز فرض أي عمل جبرا على المواطنين إلا بمقتضى قانون ولأداء

(10) الأمم المتحدة. الاعلان العالمي لحقوق الانسان.

خدمة عامة وبمقابل أجر عادل....»[11]. كما أكد قانون الخدمة المدنية في المادة رقم (12) فقرة(ج) ان « شغل الوظيفة العامة يقوم على مبدأ تكافؤ الفرص والحقوق المتساوية لجميع المواطنين دون أي تمييز، وتكفل الدولة وسائل الرقابة على تطبيق هذا المبدأ»[12]. كما نصت المادة رقم (42) من قانون العمل اليمني على أنه» تتساوى المرأة مع الرجل في كافة شروط العمل وحقوقه وواجباته وعلاقاته دون أي تمييز، كما يجب تحقيق التكافؤ بينها وبين الرجل في الاستخدام والترقي والأجور والتدريب والتأهيل والتأمينات الاجتماعية، ولا يعتبر في حكم التمييز ما تقتضيه مواصفات العمل أو المهنة».[13] ووفقاً لهذه النصوص تتمتع المرأة اليمنية باستقلالية اقتصادية ،كما أن فرص العمل متاحة للنساء والرجال على حدٍ سواء، ولا يوجد تمييز بين الرجال والنساء وفقاً لما ورد أعلاه من نصوص دستورية وقانونية

إلا ان الواقع مغاير لما هو منصوص حيث توضح بيانات السكان داخل قوة العمل والسكان خارج قوة العمل إلى تدني نسبة النساء داخل قوة العمل بالمقارنة بالرجال، حيث وصلت هذه النسبة (6.0%) للنساء من إجمالي النساء (15 سنة فأكثر) وبنسبة (8.2%) من إجمالي الأفراد داخل قوة العمل في حين بلغت نسبة الرجال (65.4%) من إجمالي الرجال (15 سنة فأكثر) وبنسبة (91.8%) من إجمالي الأفراد داخل قوة العمل. وقد بلغت الفجوة النوعية بين النساء والرجال داخل قوة العمل حوالي (91%) ومؤشر التكافؤ حوالي (9%) أي أن كل 100رجل داخل قوة العمل تقابلهم حوالي 10 من النساء داخل قوة العمل. و(15 سنة فأكثر)، وبلغت نسبة الرجال خارج قوة العمل (34.6%) من إجمالي الرجال (15 سنة فأكثر) والنساء (94.0%) من إجمالي النساء، كما بلغت نسبة الرجال خارج قوة العمل (34.6%) من إجمالي الرجال (15 سنة فأكثر) والنساء (94.0%) من إجمالي النساء (15 سنة فأكثر)

وبالنسبة لتوزيع العاملين حسب النوع تبيّن البيانات أن إجمالي عدد العاملين لكلا الجنسين بلغ (4197000) عامل واجمالي عدد العاملين الرجال بلغ (3904000) عامل ونسبتهم (93%) من إجمالي عدد العاملين لكلا الجنسين. وبلغ عدد العاملات للنساء (293000) عاملة بنسبة (7%) من إجمالي عدد العاملين لكلا الجنسين، وهذا يبين الفجوة بين نسبة الرجال العاملين ونسبة النساء العاملات، حيث بلغت الفجوة النوعية بين النساء والرجال العاملين حوالي (92%) ومؤشر التكافؤ حوالي (8%) أي ان لكل 100رجل عامل تقابلهم حوالي 8 من النساء عاملات فقط.

وإذا احتسبنا الفجوة النوعية بين النساء والرجال العاملين حسب الحالة العملية

(11) دستور الجمهورية اليمنية لسنة ١٩٩١م المعدل سنة ٢٠٠١، العدد السابع (الجزء الثاني)، الصادر بتاريخ ١٥ أبريل ٢٠٠١م.

(12) مادة رقم (١٢) فقرة (ج) من قانون الخدمة المدنية رقم (١٩) لسنة ١٩٩١م.

(13) مادة رقم (٤٢) من قانون العمل رقم (٥) لسنة ١٩٩٥م.

ومـؤشر التكافـؤ نجـد الآتي:

- الفجـوة النوعيـة بـين النسـاء والرجـال الذيـن يعملـون بأجـر بلغـت (36.8%) ومـؤشر التكافـؤ (63.2%) أي أن كل 100 رجـل عامـل بأجـر يقابلهـا حـوالي 63 مـن النسـاء عامـلات بأجـر.
- الفجـوة النوعيـة بـين النسـاء والرجـال أصحـاب العمـل بلغـت (68.5%) ومـؤشر التكافـؤ (31.5%) أي أن كل 100 رجـل صاحـب عمـل يقابلهـم حـوالي 31 مـن النسـاء صاحبـات عمـل.
- الفجـوة النوعيـة بـين النسـاء والرجـال الذيـن يعملـون لحسـابهم الخـاص بلغـت (17.3%) ومـؤشر التكافـؤ (82.7%) أي أن كل 100 رجـل يعمـل لحسـابه الخـاص يقابلهـم حـوالي 83 مـن النسـاء يعملـن لحسـابهن الخـاص.
- الفجـوة النوعيـة بـين النسـاء والرجـال الذيـن يعملـون لـدى الاسرة بـدون أجـر بلغـت (309.5%) ومـؤشر التكافـؤ 409.6%) أي أن كل 100 رجـل يعمـل لـدى الاسرة بـدون أجـر يقابلهـم حـوالي 410 مـن النسـاء يعملـن لـدى الأسرة بـدون أجـر.

كما يتضح مـن بيانـات توزيـع العاملين حسـب المهنـة الرئيسـية بالنسـبة للنسـاء فـإن مهنـة (الـعمال المهـرة في الزراعـة وصيـد الأسماك) تشـكل أكبر مجموعـة مهنيـة حيـث بلـغ عـدد العمالـة فيهـا (149000 عاملـة) بنسـبة (50.9%) مـن إجمالي العـاملات النسـاء، يلي ذلـك العـاملات في مهنـة (اختصاصيـات)، حيث بلـغ عـدد العـاملات فيهـا (48000 عاملـة) بنسـبة (16.4%). وتغطـي هاتـان المهنتـان أكثر مـن نصـف عـدد العـاملات للنسـاء وأمـا نسـبتهن في مهنـة (تشـغيل وتجميـع المصانـع والآلات) فقـد بلغـت (0.3%) وهـي أدنى نسـبة لهـن. كما يتركـزن في مجموعـة (الاختصاصيـون) بنسـبة (43.8%) مـن إجمالي العـاملات النسـاء في الـحضر، أمـا فـيما يخـص الريـف فأن النسـاء يتركـزن في مجموعـة (الـعمال المهـرة في الزراعـة وصيـد الأسماك) بنسـبة (69.7%) وهـذا يؤكـد أن المجتمـع اليمنـي مجتمـع زراعـي وخصوصـاً في الريـف. كما أن اسـتحواذ النشـاط الزراعـي على غالبيـة اليـد العاملـة النسـائية يعـود إلى عـدة اعتبـارات، منهـا زيـادة سـكان الريـف عـن الـحضر مـن ناحيـة، ومنهـا مـا يرتبـط بطبيعـة العمـل الزراعـي التقليـدي والانتـاج الزراعـي المحـدود الـذي لا يتطلـب مسـتويات عليـا مـن التعليـم والتأهيـل مـن ناحيـة ثانيـة، كما أن المـرأة الريفيـة تـرى العمـل في المـزارع التابعـة للأسرة امتـداد لعملهـا المنـزلي

وعلى مسـتوى النـوع الاجتماعـي فهـن أيضـاً يفضلـن العمـل في القطـاع الخـاص المـحلي وبلغـت نسـبتهن حـوالي (77.0%) مـن إجمالي العـاملات النسـاء تليهـا نسـبة (18%) يعملـون في القطـاع الحكومـي الإداري، بينـما أقـل نسـبة منهـن يعملـن في منـظمات إقليميـة أو دوليـة وبلغـت نسـبتهن (0.1%).

يلاحـظ مـن الارقـام أعلاه أن القطـاع الخـاص هـو المسـتوعب الاكبر للعمالـة النسـائية بينـما تقـل العمالـة النسـائية في بقيـة القطاعـات، ولا ينبغـي أن يفهـم مـن الارقـام والنسـب المشـار اليهـا أنفـاً بـأن مؤسسـات القطـاع الخـاص

في الحضر هي المستوعب الاساسي لعمالة المرأة بل لان هذا التصنيف يشمل عمل المرأة في مجال الزراعة والصيد والحراجة الذي يستوعب حوالي (76.8%) من العمالة النسائية وبالتالي برزت هذه النسبة العالية لتشغيل النساء في القطاع الخاص.[14]

أما من حيث العاملون في القطاع الرسمي وغير الرسمي حسب النوع

فقد بلغ عدد العاملين في القطاع غير الرسمي (غير المنظم) (3072 ألف فرد) ليشكلوا حوالي (73%) من إجمالي السكان العاملين لكلا الجنسين في القطاعين الرسمي (المنظم) وغير الرسمي، وأما على مستوى النوع فقد بلغ عدد الرجال (2,864 ألف فرد) بنسبة (73,4%) من إجمالي العاملين الرجال في القطاعين الرسمي وغير الرسمي في حين بلغ عدد النساء (208 أف فرد) بنسبة (71,0%) من إجمالي النساء العاملات في القطاعيين الرسمي وغير الرسمي

يتضح أن عدد العاملين والعاملات في القطاع غير الرسمي أكبر بكثير من عددهم في القطاع الرسمي حيث بلغ عددهم لكلا الجنسين (1,125 ألف فرد) وبلغت نسبتهم (26,8%) من إجمالي عدد العاملين في القطاعين الرسمي وغير الرسمي، أي أن عددهم في القطاع غير المنظم أكثر من عددهم في القطاع الرسمي بفارق (1947 ألف فرد).

بالنسبة للرجال بلغ الفارق بين القطاعين الرسمي وغير الرسمي (1824 ألف فرد) والفارق للنساء (123 ألف فرد) وهذا يوضح ان معظم العاملين في اليمن يعملون في القطاع غير الرسمي

ومن الواضح أن نسبة عالية جداً من النساء في المجتمع اليمني خارج قوة العمل وأغلب هذه النسوة ربات بيوت كما بينت نتائج مسح القوى العاملة. أما معظم النساء العاملات فقد تشجعن واتجهن إلى العمل في القطاع غير الرسمي الذي يتميز بمجالات عمل متنوعة ولا يتعارض مع الواجبات الأسرية والمنزلية. ولا يتطلب رأسمال كبير. وحتى نسبة الرجال العاملين في القطاع غير الرسمي عالية جداً، وهذا دليل على أن معظم العاملين اتجهوا إلى العمل في هذا القطاع

العمالة الرسمية وغير الرسمية حسب النوع:

بلغ عدد العمالة غير الرسمية (3,417 ألف فرد) ليشكلوا حوالي (81,4%) من إجمالي السكان العاملين لكلا الجنسين في العمالة الرسمية وغير الرسمية. أما على مستوى النوع فقد بلغ عدد الرجال (3,173 ألف فرد) بنسبة (81,3%) من إجمالي العاملين الرجال في العمالة الرسمية وغير الرسمية، أما عدد النساء (243الف فرد) بنسبة (82.9%) من إجمالي النساء العاملات في العمالة الرسمية وغير الرسمية

يتضح ان العمالة غير الرسمية عددها أكبر

(14) مشهور، حورية، المرأة العاملة.. الواقع والتحديات، كتاب الابحاث والدراسات المقدمة للمؤتمر الدولي حول المرأة...العلوم ...والتنمية، جامعة عدن 6-4 فبراير 2006م، ص156

بكثير من عدد العمالة الرسمية التي بلغ عددهم لكلا الجنسين فيها (780 ألف فرد) ليشكلوا نسبة (18.6%) أي أن عدد العمالة غير الرسمية أكثر من عددها في العمالة الرسمية بفارق (2637 ألف فرد). وبالنسبة للرجال فقد بلغ الفارق بين العمالة غير الرسمية والرسمية (2442 ألف فرد) والفارق للنساء (193 ألف فرد)

مما سبق يتضح بأن معظم العمالة هي عمالة غير منظمة وهذا يدل على أن العمالة في اليمن معظمها تعمل في منشآت عددها أقل من عشرة عمال، ولا تتوفر لها حماية اجتماعية، أو إجازة مرضية مدفوعة الأجر، أو إجازة سنوية مدفوعة الأجر وهناك عمال يعملون لدى الأسرة بدون أجر.

ثانياً: المرأة والفقر:

يعاني حوالي نصف السكان في الجمهورية اليمنية من الفقر (12.613.887) في العام 2014م بحسب نتائج مسح ميزانية الأسرة2014م، بل وصل مستوى الفقر إلى أسوأ من ذلك، وأصبح ثمانية من بين كل عشرة أشخاص في اليمن يعاني من الفقر في العام 2017م.[15] ومن 2017م إلى وقتنا الحاضر 2022م زادت حدة الفقر. وتتركز ظاهرة الفقر في ريف الجمهورية اليمنية بنسبة 59% (يشكل الريف 70% من إجمالي عدد السكان. ويعد الفقر ظاهرة عامة في اليمن الا أن النساء والاطفال هم أكثر الفئات تأثراً بها، وليس هناك إحصائيات حول فقر النساء النقدي وذلك لان المسوح الاسرية الخاصة بالأنفاق والدخل[16] تهتم بالقياسات على مستوى الاسرة، لذلك لا تتوفر إحصائيات حول فقر النساء في الاسر التي تترأسها إمرأة. وعليه سوف يتم التركيز على النساء اللاتي يترأسن أسراً. ومن خلال دراسة بيانات مسح ميزانية الاسرة 2014م، تبين أن غالبية النساء التي ترأسن أسرة هن من الارامل، وتنتشر في أوساطهن الأمية وتدني فرص المشاركة المجتمعية، كما أن غالبيتهن من كبار السن، وقد أنجبن كثيراً من الولادات، وكثير من الخصائص غير المشجعة المرتبطة بالنساء وتوافقت مخرجات المسوح الوطنية والدراسات الدولية من حيث أن المرأة تواجه ضيماً شديداً في سوق العمل (كون الدخل من الاجور يعتبر المصدر الرئيسي لدخل الاسرة اليمنية).[17]

فقد أثبتت نتائج مسح القوى العاملة أن نسبة المشاركة في سوق العمل للنساء اللاتي يترأسن أسرهن يعتبر ضعيفاً جداً مقارنة مع الرجال وحتى من يعملون من النساء فهن يعملن لساعات أطول مما يعمل الرجال في حين يكسبن أجوراً أقل، وقد أكدت منظمة العمل الدولية هذه النتائج وخلصت إلى « أن الاسر التي يترأسها نساء تتعرض لخطر الفقر أكثر من تلك التي يرأسها رجال نظراً لمحدودية الوصول إلى وظائف ذات أجر مرتفع وإلى عدم امتلاك الأصول، ونظراً لكون النساء يتحملن وحدهن مسؤولية

(15) (توقعات البنك الدولي بناءاً على بيانات HBS ٢٠١٤).

(16) ومن ضمنها مسح ميزانية الاسرة ٢٠١٤م، مصدر سابق

(17) النساء والرجال في اليمن (صورة احصائية) 2018م، ص 30.

العمل المنزلي ولا يبقى أمامهن متسع من الوقت للتقدم في التعليم أو التدريب ومن ثم الاستمرار بالسير في حلقة الفقر».[18]

وفق بيانات مسح الاسرة 2014م، تم احتساب خط الفقر المطلق العام (فقر الغذاء وغير الغذاء)، بمبلغ وقدره 163.528ريال يمني للفرد خلال السنة بالأسعار الثابتة على مستوى الجمهورية أي 627.13ريالاً شهرياً للفرد، هذا قبل تعويم العملة اليمنية وانهيارها في السنوات الأخيرة.

وأثبتت الدراسة ارتفاع نسبة الفقر بين الاسر التي تترأسها النساء على مستوى الجمهورية (53.0%) وترتفع في الريف (72.1%)، بينما في الحضر نسبتها (23.9%)

فجوة الفقر:

بلغت فجوة الفقر في اليمن حوالي 15.5% وكانت فجوة الفقر بين الاسر التي تترأسها النساء حوالي 17.3% مقارنة مع فجوة الفقر بين الاسر التي يترأسها الرجال والتي كانت حوالي 15.3%. أما بالنسبة للريف فكانت فجوة الفقر بين الاسر التي تترأسها النساء حوالي 23.9% مقارنة مع فجوة الفقر بين الاسر التي يترأسها الرجال والتي كانت حوالي 19.3%، أما في الحضر سنلاحظ تحسن نسبة فجوة الفقر مقارنة بالريف.[19] أن فجوة الفقر قد سجلت النسبة الاعلى في الريف وبلغت 19.3% في حين تنخفض في الحضر إلى 6.6%فقط، وهذا دليل آخر على أن الفقر ظاهرة ريفية في اليمن. كما أن فجوة الفقر حسب نوع رب الاسرة والحالة الحضرية نجد أن شدة الفقر بين الاسر التي تعيلها النساء كانت7.4% بينما كانت بين الأسر التي يعيلها الرجال 6.7%، وتشتد هذه النسبة في الريف إلى 10.3% بالنسبة للأسر التي تترأسها امرأة. أما بالنسبة للأسر التي يترأسها الرجال، فإن نسبة شدة الفقر أفضل مقارنة بالأسر التي تترأسها نساء، حيث كانت نسبة شدة الفقر 6.7% للجمهورية، 2.6% للحضر، 8.4% للريف تشتد مظاهر الفقر إلى حد بعيد في الاسر التي تترأسها المرأة ويوجد لديها أطفال، ويزداد مستوى الفقر طردياً مع ازدياد عدد الاطفال، ففي الاسرة التي يوجد لديها طفلان تكون نسبة الفقر فيها 36.5%، والاسر التي لديها أربعة اطفال تكون نسبة الفقر فيها 61.1%، وترتفع نسبة الفقر إلى 76.9% في الاسر التي لديها خمسة أطفال، وهكذا إلى أن نصل لنسبة فقر 90.2% في الاسر التي لديها ثمانية أطفال[20]. نستنتج من ذلك أن معظم أفراد الاسرة التي تترأسها النساء ولديها أطفال يعانون من الفقر. أذاً العلاقة الطردية بين مستوى الفقر وكثرة عدد الاطفال في الاسرة، هي ظاهرة عامة في أغلب الأسر، وذلك حسب بيانات مسح الأسرة 2014م ولكن تزداد حدة في الأسر التي تترأسها امرأة.

تعتبر الاجور والمرتبات المصدر الرئيسي لدخل الاسرة اليمنية، فهناك تفاوت كبير

(18) منظمة العمل الدولية، ٢٠١٣م، ٣١.أورده التقرير الرابع للنساء والرجال في اليمن (صورة إحصائية) لعام ٢٠١٨م، ص ٣٠.

(19) المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء، مسح ميزانية الأسرة.

(20) حسب بيانات مسح ميزانية الاسرة ٢٠١٤م.

في متوسط الدخل السنوي من الاجور والمرتبات للفرد حسب الأسر التي تترأسها النساء أو الرجال سواء كان ذلك في الريف أو الحضر. فتدني الدخل له علاقة مباشرة في تشكيل حالة الفقر، وقد تبين أن الفقر ينخر مفاصل الأسر التي تترأسها النساء. وعموماً ينخفض الدخل من الاجور والمرتبات في الريف أكثر منه في الحضر. بلغ متوسط دخل الفرد السنوي للأسر التي يترأسها الرجال على مستوى الجمهورية (144.370 ريال)، بينما أنخفض في الأسر التي تترأسها النساء إلى (71.372 ريال).[21] أما على مستوى الحضر فقد بلغ متوسط دخل الفرد السنوي للأسر التي يترأسها الرجال (213.641 ريال)، بينما أنخفض في الأسر التي تترأسها النساء إلى (138.047 ريال). وتمثل الاجور والمرتبات للأسرة التي ترأسها امرأة المصدر الأول للدخل لديها؛ حيث وصلت النسبة إلى 66.8%، تأتي بعدها في المرتبة الثانية «الدخل الأخرى النقدية والعينية» حيث كانت النسبة 10.7%. أما المرتبة الثالثة فقد أحتلها مصدر الدخل « القيمة التقديرية لإجار المسكن المملوك للأسرة» وبنسبة 6.4%. والنتائج اظهرت أن الأسر التي تترأسها النساء تعتمد على مصدرين رئيسين للدخل، اولاً الدخل من الأجور والمرتبات، وثانياً المساعدات المالية.[22]

كما أن غالبية أرباب الأسر من النساء أرامل (43.7%) أو متزوجات (46.6%) يتحملن وحدهن مسؤولية إدارة شؤون الأسر، في حين أن غالبية الأسر التي يعولها رجال متزوجون (93.4%)، كما ترتفع نسبة أرباب الأسر من النساء المطلقات عن أرباب الأسر الرجال. أما في الريف فنسبة الأرامل من رؤساء الأسر ترتفع إلى (41.9%) مقابل ارتفاع أقل في الحضر (47.3%). والعكس وبصورة طفيفة لرؤساء الأسر من النساء المتزوجات، حيث يلاحظ ارتفاع نسبة الزوجات المعيلات للأسر في الريف إلى (50.3) عن الحضر (39.3%) من إجمالي النساء اللآتي يترأسن أسر.[23]

ثالثاً: المرأة والتعليم

إن الانفاق على التعليم يعتبر استثماراً والعلاقة بين رأس المال المادي ومعظم الانتاج والنمو الاقتصادي تعتمد على كفاءة استخدام رأس المال المادي، إن النتائج التي تسفر عن الاستثمار في التعليم يمكن أن توضح كيفية تفاعل التعليم مع مصطلحات وعناصر التنمية، وأكدت بعض الدراسات ان التحسين في نوعية رأس المال والاستثمار البشري تساهم في زيادة طاقة الانتاج للعاملين، وتشير إلى أن تحسين مهارة العمل تتم بسبب التوعية والتعليم في ظل ثبات مدخلات الإنتاج.[24]

وعلى مستوى النوع الاجتماعي تعد المرأة أساساً لتطور، وتنشئة الفرد، والاسرة والمجتمع. ولذلك نص المشرع الدستوري

(21) من واقع نتائج مسح ميزانية الأسرة٢٠١٤م.

(22) المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء – مسح ميزانية الأسرة ٢٠١٤م.

(23) المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء – مسح ميزانية الأسرة٢٠١٤م.

(24) الخزرجي، ثريا عبدالرحيم، دور المرأة العراقية في التنمية الاقتصادية، كتاب الابحاث والدراسات المقدمة للمؤتمر الدولي حول المرأة.. العلوم والتنمية، جامعة عدن٢٠٠٦م، ص 168.

اليمني في المادة رقم 54 من الدستور بأن « التعليم حق للمواطنين جميعاً تكفله الدولة وفقاً للقانون بإنشاء مختلف المدارس والمؤسسات الثقافية والتربوية، والتعليم في المرحلة الأساسية إلزامي، وتعمل الدولة على محو الأمية وتهتم بالتوسع في التعليم الفني والمهني، كما تهتم الدولة بصورة خاصة برعاية النشء وتحميه من الانحراف وتوفر له التربية الدينية والعقلية والبدنية وتهيئ له الظروف المناسبة لتنمية ملكاته في جميع المجالات».[25]كما نص المشرع القانوني في المادة رقم(18) من قانون التربية والتعليم على ان « التعليم الأساسي تعليم عام موحد لجميع التلاميذ في الجمهورية ومدته(9) سنوات، وهو الزامي ويقبل فيه التلاميذ من سن السادسة، ويتم فيه اكتشاف الاتجاهات والميول لدى التلاميذ وتطوير قدراتهم الذاتية...»[26] نص كذلك في المادة رقم (4) البند (9) من قانون التعليم الفني والمهني بأن» توفر التعليم الفني وفرص التدريب المهني للمرأة، وبما يتناسب وقدراتها ويسهم في تنمية مهاراتها».[27]

لتشخيص الواقع التعليمي في اليمن لابد من إبراز هذا الواقع من خلال المؤشرات الاحصائية التي تم الاعتماد عليها وهي نتائج مسح ميزانية الاسرة 2014م لعدم وجود مسح حديث

من البيانات توضح معدلات الأمية بين النساء والرجال بحسب الفئات العمرية واسعة النطاق، كما أن معدل الامية للنساء للمجموعة العمرية (+25) بلغ في الحضر حوالي (92%) في حين بلغ في الريف حوالي (87%)

ولو نظرنا إلى الأعداد المطلقة لوجدنا مدى امكانية النساء في الحضر من الحصول على فرصة التعليم حيث يوجد (830.553) امرأة أمية ما نسبته (27.4%) مقابل (3.430.398) امرأة أمية في الريف بنسبة (52.6%) -كون المجتمع اليمني يمثل حوالي (70%) ريف و(30%) حضر-، وفيما يتعلق بمعدلات الأمية بين الرجال في المجموعات العمرية المختلفة بالمقارنة مع النساء يلاحظ بأن فرص الرجال في التعليم أكبر من النساء، وذلك للأسباب الآتية

- تفضيل الأسر اعطاء أولوية التعليم للأبناء الذكور.
- محدودية دخل الاسرة وتدني مستواها المعيشي.
- كثرة عدد أفراد الأسرة الواحدة.
- معتقدات اجتماعية وثقافية لدى أولياء الامور تجعل لديهم قناعة بأن الفتاة لا تصلح إلا للزواج، ولذلك يتم تزويجهن بعمر مبكر.[28]

الفجوة بين الجنسين وفقاً للجدول اعلاه نجدها في الفئة العمرية (15-24) في الريف اتسعت بالمقارنة مع الحضر حيث بلغت

(25) دستور الجمهورية اليمنية لعام ١٩٩١م المعدل.
(26) القانون العام للتربية والتعليم رقم ٤٥ لسنة ١٩٩٢م.
(27) قانون التعليم الفني والمهني رقم (٢٣) لسنة ٢٠٠٦م.
(28) مكاوي، نبيل عبدا لكريم، النوع الاجتماعي والتنمية في اليمن، مجلة النوع الاجتماعي والتنمية، العدد الثاني، سبتمبر ٢٠٠٨م، ص ١٦٥.

في الحضر (204) امرأة أمية لكل 100 من الرجال، وفي الريف بلغت (398) امرأة أمية لكل 100 من الرجال، بينما في الجمهورية بلغت (358) امرأة أمية لكل 100 من الرجال، وفيما يتعلق بالفجوة المطلقة نجد أدنى فجوة تتمثل في الفئة العمرية (15-24) في الحضر حيث بلغت (12)، وأعلى فجوى في الحضر في الفئة العمرية (25+) حيث بلغت (66) وهذه نتيجة للارتفاع الكبير في نسبة النساء في هذه الفئة حيث بلغت (92%) يتضح لنا الآتي:

- في الفئة العمرية (15+) بلغت نسبة الأميات في الحضر (69%) في حين النسبة مرتفعة في كل من الريف وعلى مستوى الجمهورية حيث بلغت (73%) في كل منهما.
- على مستوى الفئة العمرية (15-24) نجد أن أعلى نسبة للأمية تحتلها النساء في الريف (45%) مقابل (24%) في الحضر وحوالي (41%) على مستوى الجمهورية.
- بشكل عام نجد أن نسبة الأمية بين النساء أكثر من حوالي الثلثين مقارنة بالأمية بين الرجال في جميع الفئات العمرية تقريباً.
- وإذا نظرنا إلى الفجوة المطلقة بين الجنسين فنجدها أعلى ما يمكن على مستوى الحضر والجمهورية في الفئة العمرية (25+)، حيث بلغت (66% الحضر) و(61% الجمهورية).

يتضح مما سبق أن نسبة كبيرة من النساء ما زلن أميات على مستوى الحضر والريف والجمهورية وفي جميع الفئات العمرية.

كذلك وضحت البيانات أن نسبة الأمية بين السكان (10 سنوات فأكثر) على مستوى الجمهورية انخفضت بالمقارنة بين عامي 2004م و2014م حيث كانت (54.0%) وانخفضت (30.9%)، أما على مستوى الحالة الحضرية فنجدها انخفضت بشكل ملحوظ بين الاناث في الحضر بالمقارنة بالذكور وكذلك الحال في الريف ، كما ارتفعت النسبة على مستوى الجمهورية من (6.6%) عام 2004م إلى (43.5%)، وكذلك الحال في الحضر والريف نجد ارتفاعاً كبيراً للحاصلين على مستوى أساسي حيث كانت النسبة في الريف (6.6%)عام 2004م و بلغت (44.0%) عام 2014م، وفي الحضر كانت النسبة (13.0%) عام 2004م وبلغت (42.6%) عام 2014م نلاحظ أن نسبة الأمية بين السكان(10 سنوات فأكثر) على مستوى الجمهورية انخفضت بالمقارنة بين عامي 2004م و2014محيث كانت (54,0%) وانخفضت إلى (30,9%)، أما على مستوى الحالة الحضرية فنجدها انخفضت بشكل ملحوظ بين الإناث في الحضر بالمقارنة بالذكور وكذلك الحال في الريف، والأفراد الحاصلين على مستوى أساسي نجدها ارتفعت النسبة على مستوى الجمهورية من (6,6%) عام 2004م إلى (43,5%)، وكذلك الحال في الحضر والريف نجد ارتفاعاً كبيراً للحاصلين على مستوى أساسي حيث بلغت النسبة في الريف (44,0%) عام 2014م بالمقارنة مع (6,6%) عام 2004م، وفي الحضر كانت النسبة (13,0%) عام 2004م وبلغت (42,6%) عام 2014م.

ومما سبق نلاحظ أن نسبة الحاصلين على مؤهل (أساسي، إعدادي، موحدة) ارتفع على حساب الذين لديهم مؤهل ابتدائي، وكذلك الحال بالنسبة للحاصلين على مؤهلات ثانوية عامة وما في مستواها ودبلوم بعد الثانوية وجامعي فأعلى هي الاخرى ارتفعت بين عامي (2004) و(2014)

من خلال البيانات نلاحظ بأن معدل الالتحاق للفتاة بجميع المستويات الثلاثة ارتفعت من عام إلى آخر حيث كان عام 2011/2012م (57%) وبلغت عام 2012/2013م (62%) على مستوى الاجمالي لجميع المستويات، لينخفض عام 2013/2014م ويصل إلى مستوى متدنٍ حيث بلغ(56%)[29] بينما معدل الالتحاق للرجال كانت (74%) عام 2011/2012م وبلغت (7%) عام 2012/2013م وانخفضت لتصل إلى حوالي (69%).[30] وإذا نظرنا إلى معدل الالتحاق للفتاة بالمستوى الأول الصفوف(6-1) لوجدنا بأن معدل الالتحاق ارتفع بشكل كبير عام 2012/2013م عما كان عليه عام 2011/2012م، حيث كان (73%) وبلغ (79%) ليبلغ عام 2013/2014م أدنى مستوى (66%)

يلاحظ أن الفجوة في معدلات الالتحاق أتسعت عام 2013/2014م بالمقارنة بعامي 2011/2012م و2012/2013م في المستوى الثاني(أ) والثاني (ب) في حين انخفضت الفجوة في المستوى الأول (6-1) ،لكن اذا نظرنا للمستوى الثاني (أ) لوجدنا اتساع الفجوة وهذا ناتج عن ظاهرة التسرب، نتيجة الزواج المبكر، وتفضيل الأهل تعليم الاولاد عن البنات، إضافة إلى الصراعات الداخلية التي شهدتها اليمن من عام 2011م مما أثر على معدلات الالتحاق خلال العام الدراسي 2013/2014م. ومن المؤكد أن هذه الفجوة قد اتسعت من 2015م إلى الآن بسبب الحرب

يتضح أن نسبة الفتيات المتسربات إلى مجموع المتسربين تبدو مرتفعة في المستوى الاول وتنخفض تلك النسبة في المستوى الثالث، مما يضيف عبئاً أكبر على عدد النساء اللاتي لا يستطعن الانخراط في سوق العمل ويصبحن غير نشطات اقتصادياً. وإذا نظرنا إلى الجزء الثاني من الجدول والخاص بعدد الملتحقات بالمدارس مقابل 100 فتى ملتحق نجد أن العدد يرتفع عام بعد عام، باستثناء العامين الدراسيين 2016/2017م حيث أن الأعداد منخفضة بالمقارنة مع الاعوام السابقة بسبب انخفاض التحاق الفتيات بالدراسة نتيجة الأحداث والحرب التي تشهدها اليمن، ومع ذلك نجد أن أعلى مستوى وصلت إليه نسبة الملتحقات لكل 100 فتى في المستويين الأول والثاني (أ) للعامين الدراسيين 2012/2013م و2013/2014م حيث بلغت حوالي 88 فتاة لكل 100 ولد

التعليم المهني والتقني:

من بيانات الجدول (14) نلاحظ أن نسبة

(29) وذلك لأسباب اهمها حالة الاضطرابات السائدة (الربيع العربي) على مستوى بعض المحافظات الكبيرة. وكذلك ناتج عن ظاهرة التسرب، وكذلك أن الأسر تفضل تعليم الاولاد عن البنات، اضافة إلى ذلك الزواج المبكر أو لمساعدة الأسرة.

(30) لنفس الاسباب المذكورة أعلاه.

الملتحقات بالتعليم المهني والتقني ارتفعت من(13.0%) عام 2011/2012م إلى (14.0%) فقط عام 2012/2013م ،بالرغم من الارتفاع الكبير في عدد المعاهد، وذلك لعدم وجود معاهد مهنية وتقنية للفتيات باستثناء(6) معاهد فقط متخصصة للفتيات.[31] وكذلك نظرة أولياء الأمور بإن معاهد التدريب المهني والتقني لا تصلح لدراسة البنات حيث أنها تشتمل على تخصصات من الصعب على الفتيات العمل بها مستقبلاً، بالرغم من وجود تخصصات محببة لذى المرأة كأعمال الديكور والفنون الجميلة والتجميل وتصفيف الشعر وإدارة أعمال وسكرتارية، بالإضافة الى التخصصات الصحية والفندقية. وأخيراً لعدم وجود فرص عمل حقيقية لمخرجات المعاهد المهنية والتقنية (الخرجين) وإن وجدت بشكل ضئيل في القطاع الخاص.

أما على المستوى الجامعي بشكل عام نجد أن نسبة النساء (أعضاء هيئة التدريس) كانت عام 2011/2012م (20,8%) وارتفعت تدريجياً في العامين التالين حتى بلغت (21,5%). إلا أن ذلك لا يلبي الطموح حيث نجد أن عدد الطلاب اليمنيين بجامعة صنعاء بلغ حوالي (74031) طالب وطالبة عام 2013/2014م وعدد أعضاء هيئة التدريس (النساء 441 مدرسة والرجال 1609 مدرس) وبذلك يكون كثافة الطلاب على النحو التالي:} (168) طالب وطالبة للمدرسة الواحدة (46) طالب وطالبة للمدرس الواحد

التعليم الصحي:

الالتحاق بالتعليم الصحي (معهد أمين ناشر للعلوم الصحية – عدن، والمعهد العالي للعلوم الصحية – صنعاء وفروعها، والمعاهد الخاصة)

لقد بلغت نسبة الطالبات الملتحقات بالتعليم الصحي تمثل (42.0%) من مجموع الطلاب الملتحقين بالتعليم الصحي للعام الدراسي 2011/2012م، في حين انخفضت هذه النسبة في عام 2013/2014م إلى حوالي (34%) بالرغم من الزيادة الطفيفة في عدد الملتحقات بالمقارنة مع الزيادة الكبيرة للملتحقين الذكور. وفيما يخص المجالات نجد ان نسبة كبيرة من الفتيات يلتحقن بالتخصصات التالية: مختبرات (29.7%)، مساعد طبيب (18.9%)، صيدلة (15.1%)، تمريض (14.5%)، قابلات مجتمع (10.8%)، للعام الدراسي2011/2012م في حين تغير الترتيب في العام 2013/2014م ليصبح على النحو التالي: مختبرات (28.3%)، مساعد طبيب (25.4)، تمريض (13.8%)، قابلات مجتمع (10.8%)، صيدلة (9.2%). بالرغم من الزيادة في عدد المعاهد الصحية الا اننا نجد الزيادة السنوية واضحة في أعداد الذكور. وانحصار الفتيات بتخصصات معينة وعدم دخولهن في بعض التخصصات كالإحصاء، والأجهزة الطبية، وفني عمليات

(31) النساء والرجال في اليمن (2018) ص 60..

رابعاً: المرأة والصحة:

يعتبر القطاع الصحي من القطاعات الحيوية التي ترتبط بحياة كافة أفراد المجتمع ذكوراً وإناثاً في مختلف الاعمار وتطور هذا القطاع يعد من المهام الأساسية والضرورية حيث ان صحة أفراد المجتمع هي الغاية التي تسعى جميع الدول اليها. ولذلك نص المشرع الدستوري في المادة رقم (55) من الدستور على ان» الرعاية الصحية حق لجميع المواطنين وتكفل الدولة هذا الحق بإنشاء مختلف المستشفيات والمؤسسات الصحية والتوسع فيها، وينظم القانون مهنة الطب والتوسع في الخدمات الصحية المجانية ونشر الوعي الصحي بين المواطنين».[32] كما نصت المادة رقم (5) من قانون الصحة بأنه» على الوزارة إعطاء الأولوية لرعاية صحة الأم والطفل واعتبارها جزء لا يتجزأ من الاستراتيجية الوطنية»، ونصت المادة رقم (4) فقرة (د) من نفس القانون بأنه على وزارة الصحة « أن تعمل على إدخال نظام التأمين الصحي للسكان ضمن الامكانيات المتوفرة».[33]

إذاً تكفل الدولة الرعاية الصحية بصفتها حقاً لجميع المواطنين بموجب الدستور، وتلك الرعاية كانت تحت إشراف وزارة الصحة والسكان، والتي كانت منوطة بالإشراف على تقديم الرعاية الصحية في 22 محافظة كانت تتمتع باستقلالية في إدارة تقديم الخدمات المحلية.[34] بينما في الوقت الحالي تشير التقارير إلى أن برامج الخدمات الصحية تضمنها وتقودها منظمات إنسانية وتنموية دولية مثل البنك الدولي، واليونيسف، والوكالة الامريكية للتنمية الدولية وغيرها من الجهات المانحة، لا سيما في المناطق الشمالية

إن النظام الصحي في اليمن يعاني من ضعف في الامكانيات المادية والبشرية، ونظام الخدمات الصحية يعاني التشرذم، ويعتمد على التمويل الخارجي كما رأينا حتى قبل نشوب الحرب، وكانت الخدمات الصحية قبل اندلاع الصراع منظّمة على مستويات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والعليا مع عدد صغير من المراكز المتخصصة في الحضر.. وكان هناك أيضاً وجود ملحوظ لمقدمي الرعاية العلاجية غير المنظمين من القطاع الخاص في الحضر. وتوسع القطاع الصحي الخاص منذ أوائل التسعينات بتشجيع من الحكومة

وأصبح من الشائع في المناطق الريفية والحضرية أن يعمل الاطباء والموظفين في القطاع الصحي في منشآت الصحة العامة صباحاً ثم يعملون في عياداتهم الخاصة بعد الظهر وفي المساء، ومن ثم، فإن الرعاية الصحية «المجانية» لا تتاح إلا لفترة محدودة كل يوم، بل غالباً ما يُدفع نظيرها رسوم بشكل غير رسمي.[35] إن التحديات الصحية في اليمن لازالت كبيرة، فالفقر وقلة الوعي الصحي من العوامل الرئيسية لارتفاع

(32) المادة رقم (٥٥) من دستور الجمهورية اليمنية المعدل.

(33) المواد (4، 5) من قانون رقم (4) لسنة 2009م بشأن الصحة العامة.

(34) شعبة الادارة العامة وإدارة التنمية في الامم المتحدة. (2004). الجمهورية اليمنية: موجز قطري للإدارة العامة. شعبة الأمم المتحدة للإدارة العامة وإدارة التنمية وإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية

(35) البنك الدولي (٢٠١٤) مشروع كوبونات الأمهات وحديثي الولادة (P144522) وثيقة معلومات المشروع.

معـدلات وفيـات الاطفـال ووفيـات الأمهـات؛ اذ تصنـف أحـدث تقديـرات اليونيسـف لليمـن الأمهـات والاطفـال على أنهـم فئـة شـديدة الضعـف ،إذ تـوفى أم واحـدة وسـتة أطفـال حديثـي الـولادة كل سـاعتين بسـبب المضاعفـات أثنـاء الـولادة.[36] وكذلـك بسـبب الحـرب الـذي طـال أمـده، لم تـرد تقاريـر رسـمية عـن المـؤشرات الصحيـة مثـل وفيـات الأمهـات ووفيـات الرضـع منـذ سـنتي 2014 و2015م وتسـتند جميـع المـؤشرات الصحيـة والارقـام الديموغرافيـة إلى التقديـرات والتوقعـات التـي وُضعـت وفقـاً للاتجاهـات السـائدة قبـل تصاعـد الصراع والحـرب عـام 2015م.[37]

وقيّمـت دراسـة حديثـة أعدهـا مشروع البنـك الـدولي الطـارئ للصحـة والتغذيـة جـودة الرعايـة المُقدّمـة قبـل الـولادة بالنظـر إلى التغطيـة الفعالـة لرعايـة مـا قبـل الـولادة مـن خلال توفـر الممارسـات السريريـة الرئيسـية، وتوفـر أدويـة التتبـع الأساسـية، وتوفـر المسـتلزمات الرئيسـية، وأثبتـت الدراسـة أن التغطيـة الفعالـة لتـدخلات الرعايـة مـا قبـل الـولادة في كل محافظـة أقـل مـن نطـاق تغطيـة تـدخلات الرعايـة مـا قبـل الـولادة، وفي بعـض المحافظـات كان الفـرق أكثر مـن 50%، كما وضّحـت أن التغطيـة الفعالـة لرعايـة مـا قبـل الـولادة لا تـزال دون 30%، مـا يبرز الفجـوات الكـبيرة في الجـودة التـي يمكـن أن تتجلى في الخدمـات الصحيـة الأخـرى أيضـاً.[38]

مؤشرات الخدمات الصحية

بلـغ إجمالي سـكان اليمـن (31491547)، بيـنما إجمالي المؤسسـات الصحيـة الحكوميـة (5418)، وتـشير الدراسـات على أنـه لا يوجـد سـوى 3 أطبـاء و7 أسرة في المستشـفيات لـكل 10000 شـخص وفقـاً لمنظمـة الصحـة العالميـة. وهـذه النسـبة تقـل كـثيراً عـن النسـبة التـي تعتبرهـا منظمـة الصحـة العالميـة ضروريـة لتـوفير التغطيـة الصحيـة الأساسـية، وتبلـغ هـذه النسـبة 22 عـاملاً في مجـال الصحـة كحـد أدنى لـكل 10000شـخص.كما أن 18%مـن المديريـات في أنحـاء الـبلاد ليـس لديهـا أطبـاء، ومعظـم العامـلين في مجـال الصحـة لم يتلقـوا رواتبهـم منـذ أعـوام، وهومـا أدى إلى هجـرة الكـثير مـن ذوي الكفـاءات

التعليم الطبي في اليمن

بلـغ عـدد كليـات الطـب في الجامعـات الحكوميـة 11 كليـة، أمـا في القطـاع الخـاص فبلـغ عددهـا 43 كليـة، وبلـغ اجمالي عـدد كليـات التمريـض 11 كليـة منهـا 4 كليـات حكوميـة و7 كليـات خاصـة (جـدول 19)

(36) منظمة اليونيسف. (2019). اليمن: سلسلة تربية الاطفال في منطقة الحرب.
https://www.unicef.org/yemen/reports/org-war-zone-parenting-series

(37) التوقعـات السـكانية العالميـة للأمـم المتحـدة عـام 2019، ومـؤشرات التنميـة العالميـة، وبيانـات منظمـة الصحـة العالميـة غير متاحـة بعـد عـام ٢٠١٥م، أنظـر قطـاع الصحـة في اليمـن – مذكـرة سياسـات، ص رقـم ٣.

(38) قطاع الصحة في اليمن – مذكرة سياسات، ص ٨.

مؤشرات الرعاية الصحية للمرأة

رعاية صحة المرأة أثناء فترة الحمل والولادة والنفاس

وفيات الأمهات: يعتبر توفير الخدمات الصحية وتحسين جودتها، وخاصة خدمات رعاية الأمومة التي تساعد في تقليل نسبة وفيات الأمهات، من أهم أهداف السياسات والبرامج الصحية. بلغت نسبة وفيات الأمهات 148 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية، وتزداد النسبة في الريف بالمقارنة مع الحضر حيث بلغت 164 حالة في الريف مقابل 97 حالة في الحضر. بينما زادت هذه النسبة في العام 2021م، حيث بلغ معدل وفيات الامهات لكل 100000 مولود حي 188 لكل 10000 مولود حي. (Data 2021 HERAMS-). إن ارتفاع نسبة وفيات الأمهات بعد الولادة يعد مؤشراً على ضرورة تحسين خدمات الرعاية الصحية وتوفير الرعاية الصحية الكاملة وإعطاء الأمهات رعاية أكبر بعد الولادة

الولادات تحت إشراف طبي: بلغ إجمالي الولادات بإشراف طبي (449.058) بنسبة (43%)، ولادات بإشراف طبي في المرفق (187.870) بنسبة 18%، ولادات بإشراف طبي في المنزل (261.188)، بنسبة 25%.

تنظيم الأسرة

تقدر نسبة النساء في سن الانجاب (6.613.225) بنسبة 44%. بلغت نسبة المستفيدات من تنظيم الاسرة (1.773.669) 44%.[39]

نجد أن النساء المتزوجات في العمر (15-49) سنة واللاتي يستخدمن وسائل حديثة لتنظيم الأسرة بلغت نسبتهن 29,2% منهن يستخدمن الحبوب و5,9% يستخدمن اللولب يليه الحقن بنسبة 4,2% في حين ان أكثر الوسائل التقليدية استخداما كانت العزل

معدل الولادات لدى المراهقات (15 -19):

يتبين من الجدول ان نسبة 10,7% من النساء في العمر (15 -19) سنة قد بدأن حياتهن الانجابية وان نسبة 8,1% أنجبن مولود بالفعل ونسبة 2,6% من النساء في العمر (15 – 19) سنة هن حوامل لأول مرة. كما يظهر من الجدول ان نسبة النساء اللاتي بدأن حياتهن الانجابية في الريف أعلى منها في الحضر حيث بلغت النسبة 11,8% في الريف مقابل 8,5% في الحضر

حجم الانفاق المباشر

أعتمد نظام تمويل الرعاية الصحية في اليمن قبل نشوب الصراع اعتماداً كبيراً على الانفاق الشخصي المباشر وزاد الانفاق الشخصي المباشر من 74% إلى 81%. وبلغ نصيب الفرد من الانفاق على الرعاية الصحية عام 2015م حوالي 72 دولار وتشير مذكرة سياسات (2021) بأنه رقم منخفض للغاية مقارنة بالبلدان الاخرى ذات الدخل المنخفض، إذ موّلت الأسرة 80% منها مباشرة في مراكز

(39) MUNDER NOSHAD NAZIR information Management Population Sector

تمت المقابلة مع د. حنان مدير إدارة الصحة الانجابية، ومع الاستاذ مندر نوشاد مسؤول النظم والمعلومات في مكتب الصحة. بتاريخ ٢٤ سبتمبر٢٠٢٢م.

الرعايــة وكانــت المســاهمات مــن الانفــاق الشـخصي المبـاشر في اليمـن قبل نشـوب الصراع في شــكل رســوم موحــدة على المســتخدمين مقابـل خدمـات العيـادات الداخليـة والخارجية ، إذ تكبــد 6% و4% مــن الســكان نفقــات كارثيــة ومفقــرة على الصحــة.[40] وعلاوة على ذلـك فقـد شـكلت رسـوم الـعلاج المتصاعـدة إلى جانـب تكاليـف النقـل الباهـظ للمـرضى (لا سـيما المـرضى مـن المناطـق الريفيـة) حاجـزا كـبيراً أمـام الحصـول على الخدمـات.[41] وكان 4% مـن السـكان ينفقـون أكثر مـن 10% مـن اسـتهلاكهم الأسري أو دخلهـم الشـخصي المباشر على نفقـات الرعايـة الصحيـة. وعلى الرغـم من نـدرة البيانـات في أعقـاب الصراع والحـرب فـإن مسـحاً اجـراه مشروع البنـك الـدولي الطـارئ للصحــة والتغذيــة يــشير إلى أن 63% مــن المـرضى قامـوا بالإنفـاق الشـخصي على خدمـات المستشــفى، و15% على الرعايــة الصحيــة الأوليــة وأن متوســط الإنفــاق الشــخصي في المستشــفيات يبلــغ 6000ريــال يمنــي (24 دولار) وأن متوسـط الإنفـاق الشـخصي المبـاشر على الرعايــة الصحيــة الأوليــة يبلــغ 1200 ريــال يمنــي (5 دولارات). وكانــت الأدويــة والإجــراءات المعمليــة على وجــه الخصــوص تشـكل بنـداً كـبيراً للإنفـاق الشـخصي المبـاشر.

القوانين والتشريعات الخاصة بالحماية الاجتماعية في مجال الصحة للمرأة في اليمن

أكـد المشرع الدسـتوري اليمنـي على حـق المــرأة في الحصــول على الخدمــات الصحيــة، إذ نــص أن «الرعايــة الصحيــة حــق لجميــع المواطـنين، وتكفـل الدولـة هـذا الحـق بإنشـاء مختلــف المستشــفيات والمؤسســات الصحيــة والتوسـع فيهـا، وينظـم القانـون مهنـة الطـب والتوسـع في الخدمـات الصحيـة المجانيـة ونشر الوعـي الصحـي بين المواطنين»[42]،وأكـد على أن الدولـة « تحمي الأمومـة والطفولـة ....».[43]كما نــص قانــون المنشــآت الطبيــة والصحيــة الخاصــة في المادة رقــم (11) بأنــه يجــب « على المنشــآت الطبيــة والصحيــة الخاصــة ، مستشـفى ، مسـتوصف ، مركـز طبـي، الاسـهام الفعّــال وتقديــم خدمــات الرعايــة الصحيــة الأوليـة بمـا فيهـا رعايـة الأم والطفـل والتثقيـف الصحــي والرفــع بمســتوى الــكادر الطبــي والصحــي لديهــا».[44]

كما نــص المشرع القانــوني على العديــد مــن **الخدمــات الصحيــة والوقائيــة والعلاجيــة للأطفــال، كالتحصينــات ومتابعــة النمــو**، حيــث نــص في المادة رقــم (5) مــن قانــون الصحــة العامـة اليمنـي[45] أنـه على « الـوزارة إعطـاء الاولويـة لرعايـة صحـة الأم والطفـل واعتبارهـا

(40) هولسـت جيـه وجيريـك سي إيـه.٢٠١٢م. تمويـل الرعايـة الصحيـة في اليمـن. المجلـة الدوليـة لتخطيـط وإدارة الصحـة ٢٧:١٩٨-٢٢٥. أورده: قطـاع الصحـة في اليمــن – مذكــرات سياســات

(41) أندرسـون دي كويفـاس آر إم والسـنبلي إن واللأغبري إن وآخـرون. ٢٠١٤.الحواجـز التـي تحـول دون إتمـام تشـخيص مـرض السـل في اليمن:يجـب أن تلبـي الخدمــات احتياجــات المــرضى. 9: e105194 PLOS One

(42) دستور الجمهورية اليمنية المادة رقم (٥٥)

(43) المادة رقم (٣٠) من نفس الدستور.

(44) قانون رقم (٦٠) لسنة ١٩٩٩م بشآن المنشآت الطبية والصحية الخاصة.

(45) قانون رقم (٤) لسنة ٢٠٠٩م بشأن الصحة العامة.

جزء لا يتجزأ من الاستراتيجية الوطنية». كما نص في المادة رقم (6) « على الوزارة توفير الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية المتعلقة بصحة الأم والطفل ومنها ..... فقرة (ج) متابعة نمو الطفل وتطوره. فقرة (د) توعية الأسرة والمجتمع بكيفية رعاية الطفل وحمايته والتعامل معه خلال مراحل نموه وتطوره المختلفة. فقرة (ه) تقديم الخدمات الصحية الوقائية لطلبة المدارس ورياض الاطفال الحكومية والأهلية كما تنص المادة رقم (8) من نفس القانون أنه « على الوزارة وضع برامج التطعيم وتنفيذها. والعمل على ضمان جودة تلك التطعيمات والمحافظة عليها أثناء النقل والتخزين والاستخدام، وتطعيم المواليد والاطفال و. وتقديمها مجاناً».[46] كما أنشأت الادارة العامة لصحة الاسرة وفق المادة (11) من اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة والسكان، والتي تختص بوضع الخطط والبرامج المعنية بتقديم الرعاية الصحية لكافة أفراد الأسرة ومنهم الاطفال، وتضع الآليات المناسبة لتنفيذها مع مختلف المرافق الصحية، وتسعى إلى رفع مستوى الرعاية الصحية بأفراد الأسرة[47].

أما فيما يخص **الحصول على الرعاية الصحية للأمهات في فترة الحمل والولادة والنفاس**، فقد الزم المشرع القانوني وزارة الصحة برعاية المرأة وخاصة في أثناء فترات الحمل والولادة والرضاعة،[48]

كما نصت اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة والسكان على إنشاء الادارة العامة للصحة الانجابية،[49]

وكذلك تم اصدار لائحة تتعلق بتشجيع الرضاعة الطبيعية حيث تنص المادة 13 منها « تتولى الوزارة اتخاذ التدابير الملائمة لتشجيع وحماية الرضاعة الطبيعية وتقديم المعلومات والمنشورات إلى العاملين الصحيين فيما يتعلق بأهمية الرضاعة الطبيعية وتدعيمها وتعزيزها»، كما تلزم موردي البدائل الصناعية على أن تكون بضاعتهم ذات جودة عالية وبمواصفات تحددها اللائحة وذلك حرصاً على صحة الطفل الرضيع

كذلك نصت المادة (15) من لائحة تشجيع وحماية الرضاعة الطبيعية الخاصة بالتعليمات التي تخضع لها الولادات التي تحدث في المستشفيات والمراكز أو الوحدات الصحية.[50] وفي الفصل الرابع من قانون الصحة العامة افرد المشرع نصوص خاصة بصحة المرأة والطفل.[51] كما أكد المشرع على اختصاص الادارة العامة للصحة الانجابية بوضع المعايير والنظم لتعزيز **خدمات الصحة الانجابية وتنظيم الأسرة** في المرافق الصحية، وتطوير البرامج التدريبية وتدريب مدربي المحافظات لتنمية المعارف والمهارات في مجال الصحة الانجابية وتنظيم

(46) المواد (٥) الفقرات (ج)و(د) و(ه)

(47) المادة رقم (١١) الفقرات (٢،٤،٥،٧) من اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة والسكان الصادرة بالقرار الجمهوري رقم (٧٦) لسنة ٢٠٠٤م.

(48) المادة رقم (٦) فقرة (ب) من قانون الصحة العامة اليمني.

(49) المادة رقم (٢٣) من اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة والسكان.

(50) المادة رقم (١٥) من لائحة تشجيع وحماية الرضاعة الطبيعية.

(51))5، و6، و7) من قانون الصحة العامة اليمني.

الاسرة بالتنسيق مع الادارات المعنية في وزارة الصحة ، وتحديد الاحتياجات من وسائل تنظيم الاسرة والعمل على تأمين وتوفير هذه الوسائل وتعميمها من خلال النظام الصحي والانظمة الاخرى، والتنسيق مع القطاعات والادارات والبرامج في وزارة الصحة ومع المنظمات الدولية والاقليمية والمحلية ذات الاهتمام المشترك....الخ.[52] هذا ونص القرار الوزاري رقم (43) البند رقم (3) لسنة 2006م في المادة رقم (1) على أن تقدم خدمات تنظيم الأسرة في المستشفيات والمراكز والوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة مجاناً.[53]

خدمات إنهاء الحمل (الاجهاض): في اليمن محرم شرعيا، ويعاقب فاعله بموجب نص المادة (240) من قانون العقوبات والتي تنص بأنه» إذا تم الاجهاض برضاء المرأة يعاقب الفاعل بدية الجنين غرة أو الدية كاملة حسب الاحوال ولا تستحق المرأة في هذه الحالة شيئاً من الغرة أو الدية وإذا ماتت الأم عوقب الفاعل بدفع دية الخطأ وفي حالة إجهاض المرأة نفسها فعليها الدية أو الغرة حسب الاحوال، ولا عقوبة إذا قرر طبيب مختص أن الإجهاض ضروري للمحافظة على حياة الأم».[54]

خدمات علاج العقم: نظم المشرع ذلك في نص المادة (6) من قانون الصحة العامة بأن على وزارة الصحة توفير كافة الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية للمرأة منها، إجراء فحص طبي قبل عقد الزواج للتأكد من خلو الزوجين مما يمكن أن يؤثر على صحتهما وصحة نسلهما. كما نصت اللائحة التنظيمية للقانون على إنشاء الإدارة العامة للمرأة بموجب المادة (25) منها والتي تختص بوضع الخطط التي تكفل تقديم الخدمات الصحية للمرأة في حالة اصابتها بأي مرض دون تحديد لمرض بعينه كالعقم أو نحوه

خدمات المشورة والفحوص وعلاج فيروس نقص المناعة: نصت المواد (4، و5، و6) من قانون الصحة العامة أن على وزارة الصحة توفير كافة الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية للمرأة لحمايتها من مختلف الأمراض، ولا يوجد نص خاص بعلاج فيروس نقص المناعة، وانما نصوص عامة في الفصل الخامس من قانون الصحة العامة يتعلق بالترصد الوبائي ومكافحة الامراض، حيث نصت المادة رقم (11) منه بأنه على الوزارة وبالتنسيق مع الجهات ذات العلاقة اتخاذ التدابير الوقائية والعلاجية اللازمة لحصر انتشار الأمراض المعدية، ونصت المادة (12) بأنه « كل من أخفى عن قصد مصاباً بمرض معدي أو عرض شخصاً للعدوى بمرض وبائي أو تسبب عن قصد بنقل العدوى للغير أو امتنع عن تنفيذ أي إجراء طلب منه لمنع تفشي العدوى يعتبر مرتكب لجرم يعاقب عليه «. كما نصت اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة والسكان على إنشاء الإدارة العامة للمرأة بموجب المادة (25) منها، والتي تختص بوضع الخطط التي تكفل تقديم الخدمات

(52) المادة رقم (٢٣) من اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة والسكان.

(53) قرار وزاري رقم (٤٣) لسنة ٢٠٠٦م الخاص بخدمات تنظيم الاسرة.

(54) القرار الجمهوري بالقانون رقم (١٢) لسنة ١٩٩٤م بشأن الجرائم والعقوبات، المادة رقم (٢٤٠).

الصحية للمرأة في حالة إصابتها بأي مرض دون تحديد. كما نص قرار مجلس الوزراء رقم (257) في المواد رقم(5، و6، و7، و8) على إجراء الفحص الطبي الأول، وكذلك الفحص الطبي الدوري لجميع العاملين والموظفين اليمنيين وغير اليمنيين سواء في القطاع العام أو الخاص من الرجال والنساء، على نفقة جهات وأصحاب العمل.[55]كما تنص لائحة العلاج الطبي في الخارج للمدنيين على تقديم الدولة لمساعدات مالية وتذاكر سفر للمرضى من المدنيين سواء كانوا رجال أو نساء.[56] أما **ما يخص بعلاج فيروس نقص المناعة** ، فقد صدر قانون وقاية المجتمع من الإيدز وحماية حقوق المتعايشين مع الفيروس في عام 2009م، والذي مثل نقلة نوعية في مجال التصدي للوباء وحماية حقوق المتعايشين مع المرض، وتضمن القانون مواد تراعي خصوصية المرأة في المسائل الاسرية، إذ اعطى المرأة المتعايشة مع مرض الايدز، الحق في حضانة طفلها، والحق في طلب الفسخ للضرر، إذا كان المصاب بالفيروس الزوج.[57]

خدمات الرعاية الصحية للمعنفات: كان هناك مشروع قانون خاص بمناهضة العنف ضد النساء والفتيات، تم إعداده من قبل اللجنة الوطنية للمرأة ومختصين قانونيين آخرين تحت إشراف وزارة حقوق الإنسان، ولكنه لم يقر بسبب الحرب، قانون الجرائم والعقوبات جرّم العنف والاغتصاب وهتك عرض المرأة بموجب المادتين (269،272) منه[58]. وكذلك جرم قانون مكافحة الاختطاف والتقطع خطف المرأة أو التقطع لها أو احتجازها بموجب المادتين (2، 5)[59]، وأخيراً نصت المادة رقم (41) من قانون الاحوال الشخصية اليمني بعدم الإضرار بالزوجة مادياً ومعنوياً.[60] قبل الحرب كان يوجد دار ايواء للمعنفات في عدن بتمويل من منظمةgiz الألمانية وللأسف انسحبت. والآن ومنذ ثلاث سنوات وبدعم من برنامج الامم المتحدة للسكان يوجد في عدن دار ايواء يقدم الدعم الصحي والنفسي والقانوني للمعنفات بإدارة وإشراف أتحاد نساء اليمن فرع عدن.[61]

خدمات الرعاية الصحية للمرأة من ذوي الاعاقة، نصت المادة رقم (56) من الدستور على أن « تكفل الدولة توفير الضمانات الاجتماعية للمواطنين كافة في حالات المرض أو العجز أو البطالة أو الشيخوخة أو فقدان العائل، كما تكفل ذلك بصفة خاصة لأسر الشهداء.. "كما تنص المادة رقم (3) من قانون رعاية وتأهيل المعاقين بأن « كل شخص معاق يتمتع بممارسة كافة الحقوق

(55) قرار رئيس مجلس الوزراء رقم (٢٥٧) لسنة ٢٠٠٠م بشأن نظام الرعاية الطبية المهنية للعاملين في الجهاز الإداري للدولة والقطاعات العام، المختلط، والخاص والعمال غير اليمنيين وتحديد رسوم الكشف الطبي الأولي والدوري

(56) قرار رئيس الوزراء رقم (١) لسنة ١٩٩٨م بشأن لائحة العلاج الطبي في الخارج للمدنيين المواد (11، 12، 13، 14، 15).

(57) التقرير الوطني لمستوى تنفيذ اعلان ومناهج عمل بيجين +20، اللجنة الوطنية للمرأة، صادر بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان.

(58) قانون الجرائم والعقوبات رقم (١٢) لسنة ١٩٩٤م.

(59) قانون مكافحة الاختطاف والتقطع رقم (٢٤) لسنة ١٩٩٨م.

(60) قانون الاحوال الشخصية رقم (20) لسنة 1992م

(61) الأستاذة فاطمة مريسي رئيس فرع أتحاد نساء اليمن، مقابلة شخصية في مقر الاتحاد، بتاريخ ٢٤ أغسطس ٢٠٢٢م

التـي يكفلهـا الدسـتور والقـوانين النافـذة». وتنـص المادة رقـم (4) بـأن «لـكل معـاق حـق التأهيـل بـدون مقابـل والاسـتفادة مـن برنامـج التأهيـل المهنـي والرعايـة الاجتماعيـة التـي تقدمهـا مؤسسـات ومراكـز دور الرعايـة وتأهيـل المعـاقين». كما تنـص المادة رقـم (8) فقـرة (ب) « تقـوم وزارة التأمينـات والشـؤون الاجتماعيـة مـع الـوزارات والدوائـر الحكوميـة وجميـع الجهـات ذات العلاقـة برعايـة وتأهيـل المعـاقين وتقديـم المسـاعدة الطبيـة المجانيـة للمعـاقين وتحديـد درجـة الاعاقـة والتدخـل المبكـر للحـد منـه»، كما تنـص المادة رقـم (13) منـه على أن « تعمـل وزارة الصحـة على تـوفير الأجهـزة التعويضيـة والأطـراف الصناعيـة وتعمـل ورش لذلـك».[62] مما سـبق نجـد مـواد هـذا القانـون تنـص على حـق المعـاقين رجـال ونسـاء بكافـة الحقـوق التـي يكفلهـا القانـون ومنهـا الرعايـة الصحيـة. كذلـك تنـص المادة رقـم (4) فقـرة (ل) مـن قانـون الصحـة العامـة على أن مـن مهـام وزارة الصحـة تنفيـذ البرامـج المتعلقـة بتقديـم الرعايـة الصحيـة لـذوي الاحتياجـات الخاصـة ويشـمل ذلـك الرجـال والنسـاء. كذلـك نصـت اللائحـة التنظيميـة على إنشـاء الادارة العامـة بموجـب المادة (25) منهـا، والتـي تختـص بوضـع الخطـط التـي تكفـل تقديـم الخدمـات الصحيـة للمـرأة في حالـة اصابتهـا بـأي مـرض بشـكل عـام دون تحديـد شـكل عـدد السـكان المعـاقين مـن ذوي الاحتياجـات الخاصـة ممـن يعانـون مـن إعاقـات حـادة 564.248 معاقـاً حيـث شـكلوا نسـبة 2.2% مـن إجمالي السـكان بحسـب نتائـج مسـح ميزانيـة الأسرة متعـددة الأغـراض 2014م، ولم تتـغير هـذه النسـبة كـثيراً مـا بين مسـحي ميزانيـة الأسرة 2014م والمسـح الديمغـرافي الصحـي 2013م (2.2%، و3.2% على التـوالي)

يتضـح أن هنـاك ثلاثـة مصـادر رئيسـية لأهـم مصـدر لتلقـي الرعايـة في مسـح ميزانيـة الأسرة:

- مسـاعدة نقديـة /عينيـة مـن العائلة / الاقـارب/ الاصدقـاء، وهـي لـدى الانـاث أعلى منهـا لـدى الذكور.
- مسـاعدة نقديـة /عينيـة مـن صنـدوق الرعايـة الاجتماعيـة.
- مسـاعدة نقدية/عينيـة مـن الجمعيـات الخيريـة/ مـن أهـل الخـير.

يبلـغ عـدد الحـالات المسـتفيدة مـن رعايـة صنـدوق الرعايـة الاجتماعيـة مليـون وخمسـمئة حالـة، لم يتـم اسـتحداث قائمـة المسـتفيدين منـذ 2014م.[63]

وفيما يخص تقديم خدمات **الرعايـة الصحية للمـرأة المسـنة**، فقـد نصـت المادة رقـم (4) فقـرة (ل) مـن قانـون الصحـة العامـة أن على وزارة الصحـة ضمان تقديـم الخدمـات الوقائيـة والتشـخيصية والعلاجيـة والتأهيليـة لجميـع المواطـنين مـن الرجـال والنسـاء، ونصـت على تنفيـذ البرامـج المتعلقـة بالأنشـطة الصحيـة الخاصـة برعايـة دور المسـنين.[64] والرعايـة الصحيـة للمـرأة المسـنة يدخـل ضمـن الرعايـة الصحيـة للمواطـن ولا يوجـد برنامـج خـاص

(62) قانون رقم (٦١) لسنة ١٩٩٩م بشأن رعاية وتأهيل المعاقين.

(63) في لقاء مع وزير الشؤون الاجتماعية الدكتور محمد سعيد الزعوري في يوم السبت الموافق ١٠ سبتمبر ٢٠٢٢م

(64) قانون الصحة العامة اليمني.

بالمسنين. صادقت الحكومة في يناير 2022م، على استراتيجية وطنية لرعاية كبار السن وتحسين اوضاعهم في كافة المجالات، الا أنه إلى الأن لم ترى هذه الاستراتيجية النور لعدم وجود ممول لهذا البرنامج.[65]

حصول المرأة العاملة على إجازة أمومة مدفوعة الأجر نص المشرع القانوني في قانون الخدمة المدنية في المادة رقم (59) منه بأنه» يحق للموظفة الحامل أن تحصل على إجازة وضع براتب كامل مدتها ستون يوماً متصلة قبل الوضع وبعده، ولا تؤثر إجازة الوضع على تمتع الموظفة بإجازتها الاعتيادية. ويعطى لها عشرين يوماً إضافية إلى الستين يوم في حالة الولادة المتعسرة، أو إذا ولدت توائم».[66] كما نص قانون العمل في المادة رقم (45) منه بأنه « يحق للعاملة الحامل أن تحصل على إجازة وضع بأجر كامل مدتها ستون يوماً، وتمنح عشرين يوماً إضافة إلى الستين يوم في حالة الولادة المتعسرة، وإذا ولدت توأم».[67]مما سبق نجد ان المرأة في القطاع الخاص تتمتع بنفس ما تتمتع به المرأة الموظفة في القطاع العام من إجازة أمومة مدفوعة الأجر

وفيما يخص حصول **المرأة على إجازة مدفوعة الأجر في حالة المرض**، نصت المادة رقم (57) من قانون الخدمة المدنية بأن الموظف (الرجل والمرأة) يستحق إجازة مرضية براتب كامل مدتها ستون يوماً في السنة متقطعة أو متصلة ...فإذا بلغت جملة الاجازات المرضية المتقطعة ستين يوماً يمنح في هذه الحالة إجازته الاعتيادية المستحقة (إن وجدت)، بعد استنفاد الاجازة المحددة يمنح إجازة مرضية مدتها ستون يوماً أخرى براتب كامل وإذا ما أستمر مرضه بناء على تقرير طبي فيمنح 75%من راتبه لمدة اقصاها ثمانية أشهر تجدد بقرار من لجنة طبية...وإذا ما أستمر مرضه بناء على تقرير طبي فيمنح 50% من راتبه لمدة لا تزيد عن سنه واذا لم يتماثل للشفاء بعد انتهاء السنة يمنح إجازة بدون راتب الا اذا قررت اللجنة الطبية أن مرضه غير قابل للبرء يتم إحالته للمعاش التقاعدي.[68] كما نص قانون العمل في المادة رقم (80) بأن العامل (رجل وامرأة) يستحق عند مرضه إجازة مرضية متصلة أو متقطعة وذلك على النحو الآتي:

- إجازة مرضية بأجر كامل في الشهرين الأول والثاني من المرض.
- إجازة مرضية بنسبة (85%) من الأجر في الشهرين الخامس والسادس من المرض.
- إجازة مرضية بنسبة (75%) من الأجر في الشهرين الخامس والسادس من المرض.
- إجازة مرضية بنسبة (50%)) من الأجر في الشهرين السابع والثامن من المرض.

وللعامل أن يستفيد من رصيد الاجازات

(65) المستشار غازي عبد الله عبده، وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، مقابلة في مقر الوزارة بتاريخ 21 أغسطس 2022م.

(66) المادة رقم (٥٩) من قانون الخدمة المدنية رقم (١٩) لسنة ١٩٩١م، وينظر نص المادة رقم (١١٤) من للائحته التنفيذية الصادرة بالقرار الجمهوري رقم (١٢٢) لسنة ١٩٩٢م

(67) المادة رقم (٤٥) من قانون العمل رقم (٥) لسنة ١٩٩٥م

(68) المادة رقم (٥٧) من قانون الخدمة المدنية، والمادة رقم (١٠٩) من لائحته التنفيذية.

السنوية إلى جانب ما يستحقه من إجازات مرضية فإذا استنفذت جميعها منح العامل إجازة بدون أجر حتى يتماثل للشفاء أو تثبت عدم لياقته الصحية من قبل الجهات المختصة

حصول المرأة على العلاج في حالة وقوع اصابة عمل يحصل الموظف العام (الرجل والمرأة) الذي يتعرض لإصابة عمل، بموجب نصوص قانون التأمينات والمعاشات وللائحته التنفيذية على الرعاية الطبية ونفقات العلاج على نفقة جهة العمل[69]. كما تنص المادة رقم (31) من قانون التأمينات الاجتماعية بأنه للمصاب (رجل وامرأة) الحق في الرعاية الطبية على نفقة المؤسسة حتى يتم شفاؤه أو يثبت عجزه أو يتوفى. وتشمل الرعاية الطبية وتشمل الرعاية الطبية، خدمات الاطباء، والعلاج والاقامة بالمستشفى والرعاية الطبية المنزلية عند الاقتضاء، إجراء العمليات الجراحية، وتوفير الخدمات التأهيلية ...الخ.[70]

برنامج الحماية الاجتماعية للرعاية الصحية

الزم المشرع القانوني اليمني جهة العمل (الجهاز الاداري للدولة ووحدات القطاعين العام والمختلط بتسديد اشتراكات لصندوق التأمينات والمعاشات بواقع (6%) من جملة الاجور الكاملة (المرتب الاساسي + البدلات) للمؤمن عليهم (رجال ونساء) شهريا لتأمين الشيخوخة والعجز والوفاة وتقوم جهة العمل باستقطاع نسبة (6%) من الاجر الكامل الشهري للمؤمن عليه، ويتم توريد هذه الاشتراكات إلى الصندوق في المواعيد المقرر لصرف المرتبات الشهرية.[71] إذا يمول **التأمين الصحي** من الاشتراكات الشهرية التي تلتزم بها جهة العمل من إجمالي الأجور الكاملة (المرتب الساسي+ البدلات) للمؤمن عليهم لديها وتورد شهرياً.[72] ويمول **تأمين اصابات العمل** من الاشتراكات الشهرية التي تلتزم بها جهة العمل بواقع (1%) من إجمالي الاجور الكاملة الشهرية (المرتب الأساسي + البدلات)للمؤمن عليهم لديها وتورد للصندوق شهرياً وبانتظام.[73]وكذلك من ريع استثمار هذه الاشتراكات. ولم يجيز المشرع تحميل المؤمن عليه أي نصيب في هذا التأمين.[74]

وإذا انتهت خدمة المؤمن عليه بالوفاة أو العجز الكلي المستديم نتيجة اصابة عمل وثبت ذلك يسوي المعاش على أساس (100%) من الاجر الكامل الأخير (المرتب الاساسي+ البدلات) مهما كانت مدة الخدمة الفعلية أضافة إلى تعويض نقدي يعادل

(69) الفصل الأول من الباب الخامس تأمين إصابات العمل المواد من (٣١ الى ٣٩) من القرار الجمهوري بالقانون رقم (٢٥) لسنة ١٩٩١م بشأن التأمينات والمعاشات. وينظر القرار الجمهوري رقم (١٢٥) لسنة ١٩٩١م بشأن اللائحة التنفيذية لقانون التأمينات والمعاشات، الجريدة الرسمية، العدد، (١٧) لسنة ١٩٩٢م

(70) المواد (30 و31) من قانون التأمينات الاجتماعية، الصادر بقرار جمهوري بالقانون رقم (٢٦) لسنة ١٩٩١. الجريدة الرسمية، العدد (7 ج 2) لسنة 1991م

(71) المواد (٩و١٠) من قانون التأمينات والمعاشات.

(72) المادة رقم (٤٠) من نفس القانون.

(73) المادة رقم (٣١) من نفس القانون.

(74) المادة رقم (64) من اللائحة التنفيذية لقانون التأمينات والمعاشات.

(39.000) ريال يمني يصرف دفعة واحدة للمصاب أو المستحقين من بعده. وإذا نشأ عن الاصابة عجز جزئي مستديم تؤدي الهيئة للمصاب تعويضاً نقدياً دفعة واحدة يعادل نسبة ذلك العجز من تعويض العجز الكلي المستديم.[75]

كما نص قانون التأمينات الاجتماعية الذي يسري على جميع أصحاب الأعمال في القطاع الخاص وعلى العاملين لديهم الذين بلغوا سن الخامسة عشر وعلى العاملين اليمنيين في الخارج، ويجوز بقرار من الوزير بناءً على اقتراح مجلس الادارة على الفئات الآتية[76]:

1- العاملون المؤقتون في الزراعة والرعي.
2- البحارة والصيادون البحريون.
3- العمال العرضيون والموسميون.
4- عمال الشحن والتفريغ.
5- ذوي المهن الحرة
6- المشتغلين لحسابهم.
7- أصحاب الحرف.
8- أصحاب الاعمال.

وتتكون أموال تأمين **إصابات العمل** من الاشتراكات التي يلتزم أصحاب الاعمال بأدائها شهرياً للمؤسسة بواقع (4%) من أجور المؤمن عليهم العاملين لديه، ومن ريع استثمار هذه الاموال، ولا يجوز تحميل العمال أي نصيب من هذا التأمين.، وتشمل حقوق المصاب في هذا التأمين على الرعاية الطبية للمصاب، وتعويض العجز المؤقت، والتعويض أو المعاش في حالة العجز المستديم، والمعاش في حالة المؤمن عليه. وتتكون أموال تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة: أولاً: من حصة صاحب العمل في الاشتراكات وتعادل (9%) من أجور المؤمن عليهم العاملين لديه ويؤديها للمؤسسة شهرياً، ثانياً من حصة المؤمن عليهم التي تقتطع من أجورهم وتعادل (6%) ويؤديها صاحب العمل للمؤسسة شهرياً.، ومن ريع استثمار هذه الاموال و..... الخ. كما ينظم هذا القانون معاش الشيخوخة ومعاش العجز غير المهني والوفاة

تمويل الخدمات الصحية

أمراض السرطان والامراض المزمنة وأمراض الكلى

ما يخص التقصي والكشف وعلاج كل أنواع السرطانات سواء كان عنق الرحم أو الثدي وفيروس نقص المناعة المكتسب والامراض المنقولة جنسيا، وبالنسبة لأمراض الكلى والفشل الكلوي يدعم من منظمة الصليب الأحمر ومركز سليمان وبعض المنظمات بأشراف الوزارة، إذا جميعها بتمويل مقدم من منظمات دولية لان هذه البرامج لا توجد لها ميزانية من الدولة ولهذا يتم متابعة المانح.[77]

الطفولة والامومة:

فيما يخص الامومة والطفولة، وجميع برامج قطاع السكان (الأم والوليد) تعمل

(75) المواد رقم (43و٤٤) من القانون.
(76) المواد (٣ و٤فقرة ب، والمادة رقم ٥) من قانون التأمينات الاجتماعية، الصادر بالقرار الجمهوري رقم (٢٦) لسنة ١٩٩١م.
(77) السباعي، د. أشراق ربيع أحمد، وكيل مساعد وزارة الصحة قطاع السكان.

الجهات المختصة على تقديم مشاريع للجهات المانحة لأنه لا توجد ميزانية تشغيلية للقطاع [78]وكل ما يقوم به مكتب الصحة هو متابعة الدعم من المنظمات والتنسيق مع الشريك الثالث الذي يستلم الدعم من المانح وينفذ على الواقع.[79]

المرأة المقيمة

المرأة المقيمة بشكل عام ينطبق عليها قانون دخول وإقامة الاجانب، وقواعد عمل الاجانب في قانون العمل، والقواعد الخاصة في عقود العمل، وبالتالي إذا شمل عقد العمل خدمات التأمين الصحي فيتم تغطية الخدمات الصحية من التأمين.

المرأة اللاجئة

المرأة اللاجئة سواء في المخيم أو في المناطق الحضرية (عدن، المكلا) لا يوجد لهن تأمين صحي لكن تتوفر لهن عيادات فيها الرعاية الصحية الاولية والعقلية والنفسية والصحة الانجابية ، ويتم تحويل الحالات الحرجة جداً إلى المستشفيات، وتتكفل المفوضية لشؤون اللاجئين بكل تكاليف العلاج، وهناك منسق الوصول الانساني (هيومن أكسس) هو الشريك مع المفوضية لمتابعة هذه الحالات سواء من خرز أو من عدن ، كذلك هناك مركز صحي حكومي في منطقة البساتين أسمه مركز الطاهري هو مستشفى حكومي يستفيد منه اللاجئين تتكفل المفوضية بكل المصاريف التشغيلية لهذا المستشفى. [80]

الخاتمة

أن الحماية الاجتماعية المقرة في التشريع اليمني لا تميز بين المرأة والرجل، والمرأة اليمنية مثلها مثل الرجل تتمتع بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية سواء في الدستور أو القوانين ذات الصلة، كما لم يفرق قانون الخدمة المدنية الذي يسري على موظفي القطاع العام والمختلط ، وقانون العمل الذي يسري على عمال القطاع الخاص بين المرأة والرجل في حق العمل، الا ان الواقع يبين تدني نسبة النساء داخل قوة العمل بالمقارنة مع الرجال، وتنخرط بنسبة مرتفعة في نطاق العمالة غير المنظمة وبالتالي لا تتوفر لها الحماية الاجتماعية، كما ان النساء والاطفال هم أكثر الفئات تأثرا بالفقر، إضافة لذلك نجد أن نسبة الأمية لدى النساء أكثر من الرجال، فعدم الالتحاق بالتعليم يعد سبباً رئيسياً للفقر. ولم يفرق قانونا الخدمة المدنية وقانون العمل بين المرأة والرجل في الحصول على اجازة مرضية مدفوعة الاجر، وتأمين الرعاية الصحية في حالة وقوع إصابة العمل عن طريق الاشتراكات مع الاختلاف في تحديد نسبة الاشتراك بين قانون التأمينات والمعاشات الذي يسري على القطاع العام والمختلط وقانون التأمينات الاجتماعية الذي يسري على عمال القطاع العام.

كما كفل المشرع الرعاية والخدمات الصحية والوقائية والعلاجية للأطفال والرعاية الصحية للأمهات في فترة الحمل والولادة

(78) طبعا لا توجد موازنة عامة سنوية لجميع الوزارات وليس فقط وزارة الصحة من حرب ٢٠١٥م.

(79) السباعي، د. أشراق ربيع أحمد.

(80) مسؤول الحماية في المفوضية السامية لشؤونللاجئين الاستاذة عائشة محمد سعيد. والاستاذة فايزة عبدا لمجيد، مدير عام الادارة العامة للمراة والطفل، ومستشار الوزير.

والنفـاس، و الحصـول على خدمـات تنظيـم الأسرة وأجـاز الإجهـاض الضروري فقـط برخصـة الطبيـب للمحافظـة على صحـة الأم رغـم تحريـم الاجهـاض، ونـص على وجـوب تـوفير كافـة الخدمـات الوقائيـة والتشـخيصية والعلاجيـة والتأهيليـة للمـرأة، وإجـراء فحـص طبـي قبـل الـزواج؛ الا ان ذلـك لم يطبـق على الواقـع رغـم صـدور تعميـم مـن وزيـر الصحـة ووزيـر العـدل، كما تـم اصـدار قانـون وقايـة المجتمـع مـن الايـدز وحمايـة حقـوق المتعايـشين مـع المـرض، وتقديـم خدمـات الرعايـة الصحيـة للمـرأة مـن ذوي الاعاقـة. أمـا فـيما يخـص المعنفـات لا يوجـد قانـون خـاص بحمايتهـن سـواء مـا نـص عليـه قانـون الجرائـم والعقوبـات وقانـون مكافحـة الاختطـاف والتقطـع، وكذلـك المسـنات يخضعـن لعمـوم النـص الخـاص بـكل المواطـنين ولا يوجـد برنامـج خـاص بهـن.

هـذا ويجـب الاشـارة إلى ان نظـام تمويـل الرعايـة الصحيـة في اليمـن قبـل نشـوب الحـرب اعتمـد اعـتمادا كـبيراً على الانفـاق الشـخصي المبـاشر، وزاد الانفـاق الشـخصي المباشر مـن 74% إلى 81% وبلـغ نصيـب الفـرد مـن الانفـاق على الرعايـة الصحيـة عـام 2015م حـوالي 72 دولار، وأكيـد زاد الانفـاق الشـخصي خلال سـبع سـنوات الحـرب الاخيرة

وكان قطـاع الصحـة في اليمـن قبـل نشـوب الصراع في 2011م يعـاني مـن ضعـف الحوكمـة والفسـاد، ونتيجـة الحـرب وعـدم وجـود ميزانيـة تشـغيلية لـوزارة الصحـة حلـت محـل الدولـة المنـظمات المانحـة لتغطيـة كافـة برامـج الرعايـة الصحيـة ومنهـا رعايـة اللاجئـات وأصبـح النظـام الصحـي في اليمـن في المقـام الاول يعتمـد على التمويـن مـن الشركاء الخـارجين والجهـات المانحـة

المقترحات

1. عـلى الـدول المانحـة ودول التحالـف الاسراع في وقـف الحـرب، ورفـع عقوبـة الفصـل السـابع عـن اليمـن فآثـاره وخيمـة عـلى المواطنـين.
2. ندعـو مجلـس الرئاسـة الانتقـالي والحكومـة والبرامـج الوطنيـة للقضـاء عـلى الفقـر مسـتقبلاً التركيـز عـلى الخطـط الفعالـة للمسـاعدة الماليـة.
3. دعـم الوسـائل الكفيلـة بتطويـر النظـم التأمينيـة ومـد الحمايـة الاجتماعيـة للمشـتغلين أو العاملـين في القطـاع غـير المنظـم (غـير الرسـمي) مـع الأخـذ بعـين الاعتبـارات القـدرات الاقتصاديـة للمشـتغلين في هـذا القطـاع.
4. ضرورة توفـير النظـم الائتمانيـة المناسـبة لمسـاعدة أصحـاب القطـاع غـير الرسـمي عـلى تمويـل أنشـطتهم بـشروط اقـتراض ميـسرة مثـل الصناديـق وغيرهـا أو مـن خـلال البنـوك التـي توفـر قـروض ميـسرة للمشـاريع الصغـيرة والأصغـر.
5. تفعيـل دور منظـمات أصحـاب العـمال ومنظـمات العـمال في متابعـة وضـع القطـاع غـير الرسـمي وتقديـم الدعـم لتنميـة وتحسـين شروط العمـل وظروفـه والتنسـيق الوثيـق مـع إدارات العمـل لتحسـين أوضـاع هـذا القطـاع وخاصـة في مجـال دعـم فـرص

التشـغيل.

6. النتائـج أظهـرت أن الأسر التـي تترأسـها النسـاء تعتمـد عـلى مصدريـن رئيسـين للدخـل، أولاً الدخـل مـن الأجـور والمرتبـات، وثانيـاً المسـاعدات الماليـة، وبالتـالي عـلى الحكومـة التركيـز عـلى هـذه الخاصيـة كأسـاس لأي اسـتراتيجية قادمـة بحلـول السـلام.

7. تفعيـل قانـون الرعايـة الاجتماعيـة الصـادر بتاريـخ 30 رمضـان 141419ه، الموافـق 17 ينايـر 1999م. وتجديـد قائمـة المسـتهدفين المدعومـين مـن صنـدوق الرعايـة الاجتماعيـة، لازديـاد عددهـم نتيجـة الحـرب.

8. لابـد مـن احتـواء الأنفـاق الشـخصي المبـاشر، مـن خـلال إجـراء مزيـد مـن التحليـل لزيـادة فهـم العوامـل المحركـة للإنفـاق الشـخصي المبـاشر وتأثيره الـكارثي عـلى الصحة. والعمـل عـلى ايجـاد نظـام تأمـين صحـي وطنـي في اليمـن.

9. التوسـع في بنـاء المستشـفيات والمراكـز الصحيـة، وتقديـم الرعايـة المجانيـة ووضـع قيـود عـلى المستشـفيات الاسـتثمارية والمسـتوصفات الخاصـة.

10. يجـب توفـير حزمـة مـن الخدمـات الصحيـة الأساسـية اسـتنادا إلى مبـدأ سلسـلة الرعايـة طـول دورة الحيـاة. (الطفولـة، المراهقـة، البلـوغ، الحمـل، والـولادة، وفـترة مـا بعـد الـولادة).

11. العمـل عـلى الحـد مـن الـزواج المبكـر، حيـث أن الـزواج والحمـل المبكـر لـه تأثـير ومخاطـر صحيـة كبـيرة عـلى الأمهـات الصغـيرات ومواليدهـن، كما أن الـزواج والحمل المبكـر لـه تأثـير عـلى المسـتوى التعليمـي للأمهـات حيـث تضطـر نتيجـة الحمـل إلى تـرك المـدارس والتفـرغ لتربيـة الاطفـال.

المراجع

1. الأمـم المتحـدة: الاعـلان العالمـي لحقـوق الانسـان. تاريـخ الدخول 30 أغسـطس 2022م.

2. النسـاء والرجـال في اليمـن (صـورة إحصائيـة) لعـام 2018م، كتـاب صـادر مـن الجهـاز المركـزي للإحصـاء وزارة التخطيـط والتعـاون الـدولي.

3. السـياق الانسـاني: اليمـن» المـشروع الطـارئ للصحـة العالميـة والتغذيـة».https:// www.albankaldawli.org/ar/news/fact-sheet/2019/05/14/yemen-emergen-cy-health-and-nutrition-project تاريـخ الدخـول 1سـبتمبر2022م

4. المستشـار عبـده، غـازي عبداللـة، وزارة الشـؤون الاجتماعيـة والعمـل، مقابلـة بتاريـخ 21 أغسـطس 2022م

5. الجهـاز المركـزي للإحصـاء، وزارة التخطيـط والتعـاون الـدولي.

6. 16. القانـون العـام للتربيـة والتعليـم رقـم (45) لسـنة 1992م، الجريـدة الرسـمية، العـدد (ملحـق العـدد 24) 1992م، بتاريـخ 7 رجـب1413ه، الموافـق 31 ديسـمبر1992م.

7. . البنـك الـدولي (2014) مـشروع كوبونـات الأمهـات وحديثـي الـولادة (P144522) وثيقـة معلومـات المـشروع

8. اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة والسكان الصادرة بالقرار الجمهوري رقم (76) لسنة 2004م.
9. الاستاذة محمد، فايزة عبد المجيد، مدير عام الادارة العامة للمرأة والطفل ومستشار الوزير، مقابلة بتاريخ 4سبتمبر 2022م.
01. الاستاذة سعيد، عائشة محمد، مسؤول الحماية في المفوضية السامية لشؤون اللاجئين، مقابلة بتاريخ أغسطس2022م.
11. اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية، الصادرة بالقرار الجمهوري رقم (122) لسنة 1992م، الجريدة الرسمية، العدد (17 ج 1) لسنة 1992م
12. الزوعري، د. جلال، وكيل قطاع التخطيط والتنمية في مكتب الصحة، 13 سبتمبر 2022م.
13. برنامج الاغذية التابع للأمم المتحدة. (2021)، حالة الطوارئ في اليمن. Htts://ar.wfp.org/emergencies/yem-en-emergency تاريخ الدخول 10 أغسطس 2022م
14. بيانات منظمة الصحة العالمية. https://www.who.emro.int/ar/ar-nual/report-2017/index.html تاريخ الدخول 3 أغسطس2022م.
15. برنامج الامم المتحدة الإنمائي (2020) تقرير التنمية البشرية. الدخول 25 يونيو 2022م
16. دستور الجمهورية اليمنية لسنة 1991م المعدل، الجريدة الرسمية، العدد السابع(الجزء الثاني)، الصادر بتاريخ 15 أبريل 2001م.
17. د.الزعوري، محمد سعيد، وزير الشؤون الاجتماعية والعمل، مقابلة تاريخ 10سبتمبر2022م.
18. د. السباعي، أشراق ربيع أحمد، وكيل مساعد وزارة الصحة قطاع السكان، مقابلة بتاريخ 11سبتمبر.
19. شعبة الادارة العامة وإدارة التنمية في الأمم المتحدة (2004) الجمهورية اليمنية، موجز قُطري 21. للإدارة العامة. شعبة الأمم المتحدة للإدارة العامة وإدارة التنمية وإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية.
22.
20. قانون التعليم الفني والمهني رقم (23) لسنة 2006م، الجريدة الرسمية، العدد (12) تاريخ 4 جماد ثاني 1427ه، الموافق 30 يونيو 2006م.
12. قانون الخدمة المدنية رقم (19) لسنة 1991م، الجريدة الرسمية، العدد(66) لسنة 1991م.
22. قانون العمل رقم (5) لسنة 1995م، الجريدة الرسمية، العدد (5)، تاريخ 14 شوال 1415ه، الموافق 15 مارس 1995م.
23. قانون الصحة رقم (4) لسنة 2009م، الجريدة الرسمية، العدد السادس لسنة 2009م، بتاريخ 4 ربيع ثاني 1430ه الموافق 31 مارس 2009م.
24. قانون رقم (60) لسنة 1999م بشأن المنشآت الطبية والصحية الخاصة، الجريدة الرسمية، العدد (24) لسنة 1999م، بتاريخ 24 رمضان 1420ه، الموافق 31ديسمبر 1999م.

25. قانون الجرائم والعقوبات رقم (12) لسنة 1994م، الجريدة الرسمية، العدد(19ج3)، لسنة 1994م.
62. قرار مجلس الوزراء رقم (257) لسنة 2000م بشأن الطبيعة المهنية للعاملين في الجهاز الإداري للدولة والقطاع العام المختلط والخاص، والعمال غير اليمنيين وتحديد رسوم الكشف الطبي الأول والدوري.
72. قرار وزاري رقم (43) لسنة 2006م الخاص بخدمات تنظيم الأسرة، التقرير الوطني لمستوى تنفيذ إعلان ومناهج بيجين +20، اللجنة الوطنية للمرأة.
82. قانون مكافحة الاختطاف والتقطع رقم (24) لسنة 1998م، الجريدة الرسمية، العدد (15)، لسنة 1998م.
29. قانون التأمينات والمعاشات رقم (125) لسنة 1991م ولائحته التنفيذية، الجريدة الرسمية، العدد (17) لسنة 1992م.
30. قانون الاحوال الشخصية رقم (20) لسنة 1992م، الجريدة الرسمية، العدد (6 ج3)، لسنة1992م.
31. قانون التأمينات الاجتماعية رقم (26) لسنة 1991م، الجريدة الرسمية، العدد (7ج2)،1991م.
32. قطاع الصحة في اليمن، مذكرة سياسات، سبتمبر2021م.
33. لائحة تشجيع وحماية الرضاعة الطبيعية، الصادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم (18) لسنة 2002م.
34. لجنة الإنقاذ الدولية (2020) تأثير جائحة كورونا في الازمات الانسانية. تاريخ الدخول 5 أغسطس 2022م
https://www.rescue.org/sites/default/files/document/4693/april2020-bleemergency-covid-19-dou--1.pdf.
https://www.icrc.org/en/where-we-work/middle-east/yemen/health-crisis-yemen
35. مشهور، حورية، المرأة العاملة.. الواقع والتحديات كتاب الابحاث والدراسات المقدمة للمؤتمر الدولي حول المراة.. العلوم.. والتنمية، جامعة عدن 6-4 فبراير 2006م.
36. مسح ميزانية الأسرة2014م. التقرير الرئيسي لنتائج مسح ميزانية الأسرة 2014م صادر من وزارة التخطيط والتعاون الدولي، الجهاز المركزي للإحصاء بالتعاون مع اليونيسف.
37. منظمة العمل الدولية، 2013م، مسح القوى العاملة في الجمهورية اليمنية 2013-2014م، الجهاز المركزي للإحصاء بإشراف وزارة الشؤون الاجتماعية وبدعم من منظمة العمل الدولية. https://www.ilo.org/beirut/publications/WCMS-419008/lang-ar/index.htm
38. مكاوي، د.نبيل عبدالكريم، النوع الاجتماعي والتنمية في اليمن، مجلة النوع الاجتماعي والتنمية، العدد الثاني، سبتمبر 2008م.
93. نوشاد، منذر، مسؤول النظم والمعلومات في مكتب الصحة.
04. مريسي، فاطمة رئيس اتحاد نساء اليمن فرع عدن، مقابلة تاريخ 24 أغسطس 2022م.

التهاب السحايا في سياق التدهور البيئي الحضري..

دراسة للمسببات الجرثومية وأنماط المقاومة الدوائية وعلاقتها بمؤشرات الصرف الصحي في عدن ولحج

☐ **د. لبنى محمد الحوفلي**
باحثة مقيمة لدى مؤسسة اليوم الثامن للإعلام والدراسات

المقدمة

لا يـزال التهـاب السـحايا يمثـل أحـد أكثر الأمـراض المعديـة خطـورة على الصحـة العامـة، نظـراً لما يرتبـط بـه مـن معـدلات مرتفعـة للمراضـة والوفيـات، فـضلاً عـن المضاعفـات العصبيـة طويلـة الأمـد التـي قـد تسـتمر لـدى نسـبة مـن النـاجين حتـى بعـد تلقـي الـعلاج. وتكتسـب خطـورة المـرض بعـداً إضافيـاً في البيئـات التـي تعـاني

من هشاشة الأنظمة الصحية وتراجع خدمات البنية التحتية الأساسية، حيث تتداخل العوامل البيولوجية والبيئية والاجتماعية لتشكيل ظروف مواتية لانتشار العوامل الممرضة وتعقيد جهود الوقاية والسيطرة. وقد ظل التهاب السحايا، رغم التقدم الملحوظ في برامج التحصين والتشخيص المخبري، أحد التحديات المستمرة في العديد من الدول منخفضة ومتوسطة الدخل، خصوصاً في المناطق التي تواجه أزمات تنموية أو نزاعات ممتدة انعكست بصورة مباشرة على خدمات المياه والصرف الصحي والرعاية الصحية الأولية

ويُعرّف التهاب السحايا بأنه حالة التهابية تصيب الأغشية السحائية المحيطة بالدماغ والحبل الشوكي نتيجة التعرض لعوامل ممرضة متعددة تشمل البكتيريا والفيروسات والفطريات والطفيليات، إلا أن الالتهاب السحائي الجرثومي يظل الشكل الأكثر خطورة من الناحية السريرية بسبب سرعته في التطور وارتفاع احتمالات الوفاة أو الإعاقة الدائمة المصاحبة له

وتُعد بكتيريا Neisseria meningitidis و Streptococcus pneumoniae و Haemophilus influenzae من أبرز المسببات الجرثومية المرتبطة بالحالات الوبائية والحالات الشديدة في مختلف أنحاء العالم، مع وجود تباينات واضحة في أنماط الانتشار تبعاً للخصائص الديموغرافية والبيئية ومستويات التغطية باللقاحات والخدمات الصحية

وخلال العقود الأخيرة، شهدت الدراسات الوبائية تحولاً ملحوظاً في فهم العوامل المؤثرة في انتشار الأمراض المعدية، حيث لم يعد التركيز مقتصراً على العامل الممرض وحده، بل امتد ليشمل المحددات البيئية والاجتماعية التي تساهم في تعزيز فرص انتقال العدوى واستدامتها داخل المجتمعات. وفي هذا السياق، برزت البنية التحتية للمياه والصرف الصحي باعتبارها أحد أهم المحددات المؤثرة في الصحة العامة، ليس فقط لدورها في الحد من التعرض المباشر للعوامل الممرضة، وإنما أيضاً لما تمثله من عنصر أساسي في الوقاية من العديد من الأمراض المرتبطة بالتلوث البيئي وسوء الظروف المعيشية. وتشير الأدبيات الحديثة إلى أن تدهور خدمات الصرف الصحي وارتفاع معدلات تلوث المياه يؤديان

إلى خلق بيئات عالية الخطورة تسمح بزيادة كثافة الميكروبات الممرضة في الوسط المحيط وتعزز احتمالات تعرض السكان لها بصورة متكررة

وتزداد أهمية هذا الطرح في المدن الحضرية التي تشهد توسعاً سكانياً متسارعاً يقابله تراجع في كفاءة البنية التحتية أو عدم قدرتها على مواكبة النمو العمراني. ففي مثل هذه البيئات، تصبح شبكات الصرف الصحي المتقادمة أو المتضررة مصدراً مستمراً للتلوث البيئي، سواء من خلال طفح مياه المجاري في الأحياء السكنية أو اختلاطها بمصادر المياه المستخدمة للأغراض المنزلية. ولا يقتصر أثر هذه الظاهرة على الأمراض المنقولة بالمياه فحسب، بل يمتد ليشمل طيفاً واسعاً من الأمراض المعدية التي تتأثر بصورة غير مباشرة بتدهور الظروف البيئية والصحية العامة، بما في ذلك بعض أشكال التهاب السحايا التي ترتبط بزيادة التعرض للعوامل الممرضة وضعف التدابير الوقائية

ومن القضايا التي اكتسبت اهتماماً متزايداً خلال السنوات الأخيرة العلاقة المتنامية بين التلوث البيئي ومقاومة المضادات الحيوية. فقد أظهرت دراسات عديدة أن مياه الصرف الصحي تمثل مستودعاً بيئياً معقداً للعوامل الميكروبية والجينات المسؤولة عن المقاومة الدوائية، حيث تتجمع فيها بقايا المضادات الحيوية المطروحة من الاستخدام البشري والحيواني إلى جانب أعداد كبيرة من البكتيريا القادرة على تبادل الجينات المقاومة فيما بينها. ويؤدي هذا التفاعل المستمر إلى توفير ظروف انتقائية تساعد على بقاء السلالات الأكثر مقاومة وانتشارها داخل البيئة والمجتمع. ونتيجة لذلك، أصبحت مقاومة المضادات الحيوية تُعامل اليوم بوصفها قضية بيئية وصحية في آن واحد، تتجاوز حدود الممارسة العلاجية لتشمل إدارة الموارد المائية والبنية التحتية للصرف الصحي وسياسات الصحة العامة

وفي جنوب اليمن، تبرز هذه الإشكالية بصورة أكثر تعقيداً نتيجة تراكم مجموعة من العوامل المتداخلة خلال السنوات الماضية، شملت الضغوط السكانية، وتدهور الخدمات العامة، والأضرار التي لحقت بالبنية التحتية الأساسية، فضلاً عن التحديات التي تواجه المؤسسات الصحية والمختبرية. وقد انعكست هذه الظروف على

قـدرة أنظمـة الميـاه والصرف الصحـي على أداء وظائفهـا بصـورة مسـتقرة، الأمـر الـذي أدى إلى تكـرار حـوادث طفـح المجـاري وتلـوث مصـادر الميـاه في عـدد مـن المناطـق الحضريـة. وتعـد العاصمـة عـدن وجارتهـا محافظـة لحـج مـن أكثر المناطـق التـي شـهدت خلال السـنوات الأخيرة تحديـات متزايـدة في هـذا الجانـب، حيـث تزامنـت مشـكلات الصرف الصحـي مـع ارتفـاع معـدلات الإصابـة بعـدد مـن الأمـراض المعديـة وتزايـد المخـاوف المرتبطـة بظهـور بـؤر وبائيـة متكـررة

ورغـم وجـود دراسـات تناولـت التهـاب السـحايا مـن الجوانـب السريريـة أو الميكروبيولوجيـة في سـياقات مختلفـة، فـإن الربـط بين المسـببات الجرثوميـة للمـرض وبين مـؤشرات التدهـور البيئـي المرتبطـة بـالصرف الصحـي لا يـزال محـدوداً على المسـتوى المـحلي. كما أن الدراسـات التـي تناولـت تـأثير البيئـة الحضريـة المتدهـورة على أنمـاط المقاومـة الدوائيـة للمسـببات الجرثوميـة لالتهـاب السـحايا مـا تـزال قليلـة، خاصـة في البيئـات الهشـة التـي تعـاني مـن تحديات مركبـة في مجـالات الصحـة العامـة وإدارة المـوارد المائيـة. ويـؤدي هـذا النقـص في المعرفـة إلى إضعـاف القـدرة على بنـاء استراتيجيـات وقائيـة تسـتند إلى فهـم شـامل للعوامـل المحركـة للمـرض ضمـن سـياقه البيئـي والاجتماعـي

وانطلاقـاً مـن هـذه الفجـوة المعرفيـة، تسـعى هـذه الدراسـة إلى استكشـاف العلاقـة بين المسـببات الجرثوميـة لالتهاب السـحايا ومـؤشرات التدهـور البيئـي الـحضري المرتبطـة بمنظومـة الصرف الصحـي في عـدن ولحـج، مـع التركيـز على أنمـاط المقاومـة الدوائيـة بوصفهـا مـؤشراً إضافيـاً على التـأثيرات المتبادلـة بين البيئـة والعوامـل الممرضـة. كما تحـاول الدراسـة تقديـم قـراءة تحليليـة تجمـع بين الأبعـاد الميكروبيولوجيـة والوبائيـة والبيئيـة، بمـا يسـمح بفهـم أكثر شـمولاً للعوامـل المؤثـرة في اسـتمرار المـرض وانتشـاره داخـل المجتمعـات الحضريـة التـي تواجـه تحديـات بنيويـة مزمنـة. ومـن خلال هـذا المنظـور، لا يُنظـر إلى التهـاب السـحايا باعتبـاره مشـكلة طبيـة معزولـة، بـل بوصفـه إحـدى النتائـج المحتملـة لاخـتلال التـوازن بين الإنسـان والبيئـة والخدمـات الأساسـية التـي تشـكل الركائـز الجوهريـة للصحـة العامـة

مشكلة الدراسة والفجوة البحثية

يمثل التهاب السحايا أحد التحديات الصحية المستمرة في العديد من الدول النامية، ليس فقط بسبب خطورته السريرية وما يرتبط به من مضاعفات عصبية قد تكون دائمة، وإنما أيضاً بسبب تعقيد العوامل المؤثرة في انتشاره وصعوبة الفصل بين أبعاده البيولوجية والبيئية والاجتماعية. وفي الوقت الذي ركزت فيه معظم الدراسات الطبية على تحديد المسببات الجرثومية وتحسين وسائل التشخيص والعلاج، برزت الحاجة إلى فهم أوسع للعوامل البيئية التي قد تسهم في تشكيل أنماط انتشار المرض داخل المجتمعات، خاصة في المناطق التي تشهد تراجعاً في خدمات البنية التحتية الأساسية

وفي البيئات الحضرية التي تعاني من اختلالات مزمنة في أنظمة الصرف الصحي وإمدادات المياه، تتزايد احتمالات تعرض السكان لمجموعة واسعة من الملوثات والعوامل الممرضة. وقد أظهرت الأدبيات الحديثة أن تدهور شبكات الصرف الصحي لا يقتصر أثره على الأمراض المعوية التقليدية، بل يمتد ليؤثر بصورة غير مباشرة في ديناميكيات انتشار العديد من الأمراض المعدية الأخرى، من خلال إحداث تغيرات مستمرة في البيئة الميكروبية المحيطة وزيادة فرص التعرض لمسببات الأمراض

وتعد محافظتا عدن ولحج نموذجاً واضحاً لهذا التداخل المعقد بين العوامل البيئية والصحية، إذ شهدت خلال السنوات الأخيرة ضغوطاً متزايدة على البنية التحتية للمياه والصرف الصحي، رافقها تكرار لحوادث طفح المجاري وتلوث مصادر المياه في عدد من المناطق السكنية. وفي المقابل، لوحظ استمرار تسجيل حالات اشتباه وإصابات بأمراض معدية متعددة، من بينها التهاب السحايا، في ظل محدودية الدراسات التي تناولت العلاقة بين هذه الظواهر ضمن إطار تحليلي متكامل

وعلى الرغم من توفر معلومات متفرقة حول مسببات التهاب السحايا في بعض البيئات الإقليمية والدولية، فإن المعرفة المتعلقة بالأنماط الميكروبيولوجية المحلية في جنوب اليمن ما تزال محدودة، كما أن البيانات المنشورة حول العلاقة بين

التدهـور البيئـي الـحضري ومعـدلات الإصابـة بالمـرض تـكاد تكـون نـادرة. ويـزداد هـذا النقـص وضوحـاً عنـد تنـاول قضيـة مقاومـة المضـادات الحيويـة، حيـث لا تـزال المعلومـات المتعلقـة بتـأثير البيئـات الملوثـة وشـبكات الصرف الصحـي المتدهـورة على ظهـور الـسلالات المقاومـة وانتشـارها محـدودة للغايـة ومـن ناحيـة أخـرى، فـإن معظـم الدراسـات السـابقة تناولـت هـذه القضايا بصـورة منفصلـة؛ إذ ركـز بعضها على الجوانـب السريريـة والمخبريـة للمـرض، بيـنما اهتمـت دراسـات أخـرى بمشـكلات الصرف الصحـي أو التلـوث البيئـي باعتبارهـا موضوعـات مسـتقلة. أمـا الدراسـات التـي حاولـت الربـط بين المسـببات الجرثوميـة، والواقـع البيئـي، وأنمـاط المقاومـة الدوائيـة ضمـن إطـار تفـسيري واحـد، فما تـزال قليلـة، خاصـة في البيئـات الهشـة التـي تعـاني مـن تحديـات تنمويـة وصحيـة متزامنـة

وبنـاءً على ذلـك، تتمثـل الفجـوة البحثيـة التـي تنطلـق منهـا هـذه الدراسـة في غيـاب تحليـل متكامـل يربـط بين المسـببات الجرثوميـة لالتهـاب السـحايا وأنمـاط مقاومتهـا الدوائيـة مـن جهـة، وبين مـؤشرات التدهـور البيئـي المرتبطـة بمنظومـة الصرف الصحـي مـن جهـة أخـرى، ضمـن سـياق مـحلي يعكـس الخصائـص السـكانية والبيئيـة لمحافظتـي عـدن ولحـج. وتسـعى الدراسـة إلى المسـاهمة في سـد هـذه الفجـوة مـن خلال تقديـم قـراءة تجمـع بين الأبعـاد الميكروبيولوجيـة والوبائيـة والبيئيـة، بمـا يسـاعد على بنـاء فهـم أكثر شـمولاً للعوامـل المؤثـرة في المـرض وتـوفير قاعدة معرفيـة يمكـن الاسـتناد إليهـا في تطويـر السياسـات الصحيـة والبيئيـة المسـتقبلية

أهداف الدراسة

الهدف الرئيس

تحليـل العلاقـة بين المسـببات الجرثوميـة لالتهـاب السـحايا وأنمـاط مقاومتهـا للمضـادات الحيويـة وبين مـؤشرات التدهـور البيئـي المرتبطـة بمنظومـة الصرف الصحـي في محافظتـي عـدن ولحـج، في إطـار مقاربـة تجمـع بين الجوانـب الميكروبيولوجيـة والوبائيـة والبيئيـة

الأهداف الفرعية

تحديـد أهـم المسـببات الجرثوميـة المرتبطـة بحـالات التهـاب السـحايا المبلـغ عنهـا في البيئـات المتأثـرة بتدهـور

خدمات الصرف الصحي

استعراض الخصائص الوبائية للمسببات الجرثومية الأكثر شيوعاً ومناقشة أنماط انتشارها في البيئات الحضرية الهشة

تحليل العلاقة بين تلوث البيئة الحضرية الناتج عن ضعف شبكات الصرف الصحي وبين زيادة مخاطر التعرض للعوامل الممرضة المرتبطة بالتهاب السحايا

استكشاف دور مياه الصرف الصحي بوصفها مستودعاً بيئياً محتملاً للعوامل الميكروبية المقاومة للمضادات الحيوية

مناقشة أنماط مقاومة المضادات الحيوية المرتبطة بالمسببات الجرثومية الرئيسية للمرض في ضوء الأدبيات العلمية الحديثة

تقييم تأثير محدودية الإمكانات التشخيصية والبنية المختبرية على اكتشاف الحالات وتحديد المسببات بصورة دقيقة

تقديم إطار تفسيري يربط بين التدهور البيئي الحضري وصحة السكان استناداً إلى مفهوم «الصحة الواحدة» (One Health)

أسئلة الدراسة

- ما أبرز المسببات الجرثومية المرتبطة بالتهاب السحايا في البيئات التي تعاني من تدهور خدمات الصرف الصحي؟
- كيف يمكن أن تؤثر مؤشرات التلوث البيئي المرتبطة بشبكات الصرف الصحي في أنماط انتشار المرض؟
- ما طبيعة العلاقة بين البيئات الملوثة وظهور السلالات الجرثومية المقاومة للمضادات الحيوية؟
- إلى أي مدى تسهم مياه الصرف الصحي في تعزيز انتقال جينات المقاومة بين الكائنات الدقيقة؟
- ما التحديات التي تواجه أنظمة التشخيص والمراقبة الوبائية في البيئات الحضرية الهشة؟
- كيف يمكن توظيف مفهوم الصحة الواحدة في تفسير العلاقة بين البيئة والعوامل الممرضة والصحة العامة في عدن ولحج؟

مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة

أولاً: التهاب السحايا بوصفه تحدياً مستمراً للصحة العامة

على الرغم من التقدم الكبير الذي شهدته العلوم الطبية خلال العقود

الأخيرة، ما يزال التهاب السحايا من الأمراض التي تحتفظ بأهميتها الصحية والوبائية على المستوى العالمي. ولا يرتبط ذلك فقط بقدرته على إحداث مضاعفات عصبية خطيرة خلال فترة زمنية قصيرة، بل أيضاً بتعدد مسبباته واختلاف أنماط انتشاره بين البيئات الجغرافية المختلفة. وقد أسهمت برامج التحصين واسعة النطاق في خفض معدلات الإصابة ببعض الأنماط الجرثومية في عدد من الدول، إلا أن المرض ما زال يشكل عبئاً صحياً واضحاً في المجتمعات التي تعاني من ضعف البنية التحتية الصحية أو محدودية الوصول إلى خدمات التشخيص والعلاج

وتشير الأدبيات الحديثة إلى أن العبء الحقيقي لالتهاب السحايا لا يمكن قياسه بعدد الإصابات والوفيات فقط، إذ يمتد أثره ليشمل الإعاقات العصبية طويلة الأمد، واضطرابات السمع، والتأخر المعرفي، والمضاعفات النفسية والاجتماعية التي قد تستمر لسنوات بعد التعافي السريري. ومن هذا المنطلق أصبح المرض يُنظر إليه بوصفه قضية تنموية وصحية في الوقت نفسه، نظراً لما يفرضه من أعباء مباشرة وغير مباشرة على النظم الصحية والمجتمعات المحلية

ثانياً: المسببات الجرثومية الرئيسية لالتهاب السحاي

تشير غالبية الدراسات الميكروبيولوجية إلى أن المسببات الجرثومية الأكثر ارتباطاً بحالات التهاب السحايا البكتيري تتمثل في Streptococcus pneumo-niae وNeisseria meningitidis و Haemophilus influenzae. وتختلف مساهمة كل مسبب في العبء المرضي تبعاً لعوامل عديدة تشمل التركيبة العمرية للسكان، ومستوى التغطية باللقاحات، والكثافة السكانية، والظروف البيئية المحيطة

وقد أظهرت دراسات متعددة أن المكورات الرئوية (Streptococcus pneumoniae) ما تزال مسؤولة عن نسبة كبيرة من الحالات الشديدة والوفيات المرتبطة بالتهاب السحايا، خصوصاً بين الأطفال وكبار السن والأشخاص ذوي المناعة الضعيفة. في المقابل، ترتبط المكورات السحائية (Neisseria meningitidis) بحدوث الفاشيات الواسعة في البيئات المكتظة بالسكان، بينما يظل المستدمية النزلية

(Haemophilus influenzae) أحد المسببات المهمة في المناطق التي لم تحقق تغطية لقاحية كافية

كما كشفت الدراسات الجزيئية الحديثة عن وجود تباين وراثي مستمر بين السلالات الجرثومية المتداولة في مختلف المناطق، الأمر الذي يفسر جزئياً الاختلافات المسجلة في أنماط الضراوة والاستجابة للعلاج وسرعة الانتشار الوبائي. وقد أدى هذا التباين إلى زيادة الاهتمام باستخدام تقنيات التشخيص الجزيئي لفهم التحولات المستمرة في البنية الوراثية للممرضات ومتابعة تطورها عبر الزمن

ثالثاً: البيئة الحضرية والأمراض المعدية

شهدت العقود الأخيرة تحولاً في النظرة العلمية للعلاقة بين البيئة والصحة العامة. فبعد أن كان التركيز ينصب على العامل الممرض بصورة منفصلة، أصبح من الواضح أن الظروف البيئية تشكل أحد المكونات الأساسية المحددة لانتشار الأمراض المعدية واستمرارها وتشير الأدبيات الوبائية إلى أن المدن التي تعاني من تدهور خدمات المياه والصرف الصحي غالباً ما تشهد معدلات أعلى من الأمراض المرتبطة بالتلوث البيئي. ويرجع ذلك إلى أن ضعف البنية التحتية يؤدي إلى زيادة فرص تعرض السكان للملوثات البيولوجية والكيميائية، كما يسهم في خلق بيئات تسمح ببقاء العديد من الكائنات الدقيقة وانتقالها بين السكان بصورة أكثر سهولة

وفي هذا الإطار، أصبحت الدراسات الحديثة تتعامل مع البيئة الحضرية باعتبارها نظاماً بيولوجياً متكاملاً يؤثر بصورة مباشرة وغير مباشرة في صحة الإنسان. فكلما ازدادت الضغوط الواقعة على شبكات الصرف الصحي ومصادر المياه، ارتفعت احتمالات حدوث تغيرات في الأنماط الوبائية للأمراض المعدية، خاصة في المناطق ذات الكثافة السكانية المرتفعة

رابعاً: تدهور الصرف الصحي كعامل خطر للصحة العامة

تُعد خدمات الصرف الصحي إحدى الركائز الأساسية لحماية الصحة العامة، إذ تساهم في عزل الفضلات البشرية والتقليل من انتقال الميكروبات الممرضة إلى البيئة المحيطة. وعندما تتعرض هذه المنظومة للانهيار أو التدهور، تظهر مجموعة واسعة من

المخاطر الصحية التي تتجاوز الأمراض المعوية التقليدية لتشمل طيفاً أوسع من التهديدات الوبائية

وتبين الدراسات المنشورة في البيئات منخفضة ومتوسطة الدخل أن طفح مياه المجاري وتسربها إلى الأحياء السكنية يؤديان إلى ارتفاع مستويات التلوث البيئي، كما يسهمان في زيادة الحمل الميكروبي في المياه والتربة والأسطح المحيطة. ويزداد أثر هذه الظاهرة في المناطق التي تعاني من نقص خدمات النظافة العامة أو محدودية الرقابة البيئية

وتؤكد الأدبيات أن العلاقة بين الصرف الصحي والأمراض المعدية ليست علاقة خطية بسيطة، وإنما هي علاقة معقدة تتداخل فيها عوامل اجتماعية واقتصادية وسكانية متعددة. فالمناطق التي تتسم بارتفاع معدلات الفقر والكثافة السكانية غالباً ما تكون أكثر عرضة للتأثر بالتدهور البيئي وما يترتب عليه من أعباء صحية متزايدة

خامساً: مقاومة المضادات الحيوية والبعد البيئي للمشكلة

تمثل مقاومة المضادات الحيوية واحدة من أخطر القضايا الصحية التي تواجه العالم في القرن الحادي والعشرين. وقد انتقلت النظرة العلمية لهذه الظاهرة من اعتبارها مشكلة علاجية مرتبطة بالاستخدام الخاطئ للأدوية إلى اعتبارها قضية بيئية معقدة تتداخل فيها عناصر متعددة تشمل الإنسان والحيوان والبيئة

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن مياه الصرف الصحي تحتوي على كميات متفاوتة من بقايا المضادات الحيوية، إضافة إلى أعداد كبيرة من البكتيريا الحاملة لجينات المقاومة. وتوفر هذه البيئة ظروفاً مثالية لتبادل المادة الوراثية بين الكائنات الدقيقة، مما يؤدي إلى ظهور سلالات جديدة أكثر قدرة على مقاومة العلاجات المتاحة

كما أثبتت الأبحاث أن بعض جينات المقاومة يمكن أن تنتقل بين أنواع بكتيرية مختلفة داخل شبكات الصرف الصحي ومحطات المعالجة، الأمر الذي يجعل هذه البيئات بمثابة خزانات جينية نشطة تسهم في انتشار المقاومة على نطاق واسع. ولهذا السبب أصبح البعد البيئي جزءاً أساسياً من أي استراتيجية حديثة تهدف إلى مكافحة مقاومة المضادات الحيوية

سادساً: مفهوم الصحة الواحدة وإعادة

تفسير العلاقة بين البيئة والمرض

ظهر مفهوم «الصحة الواحدة» خلال السنوات الأخيرة بوصفه إطاراً تفسيرياً يسعى إلى فهم الترابط بين صحة الإنسان وصحة الحيوان وسلامة البيئة. ويقوم هذا المفهوم على افتراض أساسي مفاده أن المشكلات الصحية لا يمكن معالجتها بفعالية إذا جرى التعامل مع كل قطاع بمعزل عن القطاعات الأخرى

وفي سياق الأمراض المعدية، يوفر هذا المفهوم أداة تحليلية مهمة لفهم كيفية انتقال العوامل الممرضة عبر الحدود التقليدية بين الإنسان والبيئة. كما يساعد في تفسير الأدوار المتبادلة التي تلعبها المياه الملوثة، وشبكات الصرف الصحي، والمجتمعات البشرية في تشكيل الأنماط الوبائية للأمراض

وقد تبنت العديد من المؤسسات الصحية الدولية هذا الإطار في تحليل المخاطر المرتبطة بالأمراض الناشئة ومقاومة المضادات الحيوية، باعتباره يوفر رؤية أكثر شمولاً للعوامل المؤثرة في الصحة العامة مقارنة بالنماذج التقليدية التي تركز على العامل الممرض وحده

تقييم نقدي للدراسات السابقة

تكشف مراجعة الأدبيات المتاحة عن ثلاثة اتجاهات رئيسية في البحث العلمي المتعلق بالتهاب السحايا

الاتجاه الأول ركز على الجوانب السريرية والمخبرية للمسببات الجرثومية ووسائل التشخيص والعلاج

الاتجاه الثاني اهتم بدراسة تأثير تدهور خدمات المياه والصرف الصحي على الصحة العامة وانتشار الأمراض المعدية

أما الاتجاه الثالث فقد تناول قضية مقاومة المضادات الحيوية بوصفها تحدياً صحياً عالمياً متنامياً

وعلى الرغم من القيمة العلمية لهذه الدراسات، فإن المراجعة الحالية تشير إلى وجود نقص واضح في الدراسات التي تجمع بين هذه المحاور الثلاثة ضمن إطار تحليلي موحد، خصوصاً في البيئات الحضرية الهشة التي تعاني من تراجع خدمات البنية التحتية. كما يلاحظ محدودية الأدبيات المتعلقة بالسياق اليمني عموماً ومحافظتي عدن ولحج على وجه الخصوص، الأمر الذي يعزز الحاجة إلى مقاربة بحثية تربط بين المسببات الجرثومية، والتدهور البيئي الحضري، وأنماط

المقاومة الدوائية ضمن رؤية متكاملة تستند إلى مفهوم الصحة الواحدة

الإطار النظري والمفاهيمي للدراسة

لم يعد تفسير الأمراض المعدية في الأدبيات الصحية المعاصرة قائماً على العلاقة المباشرة بين العامل الممرض والمضيف البشري فقط، بل أصبح يعتمد على نماذج تفسيرية أكثر شمولاً تأخذ في الاعتبار التأثير المتبادل بين البيئة والمجتمع والنظم الصحية. وقد أدى هذا التحول إلى إعادة النظر في العديد من الأمراض التي كان يُنظر إليها سابقاً باعتبارها مشكلات طبية بحتة، ومن بينها التهاب السحايا، الذي أصبح فهمه يتطلب دراسة السياقات البيئية والاجتماعية والمؤسسية المحيطة بظهوره وانتشاره وفي هذا الإطار، تنطلق الدراسة الحالية من فرضية مفادها أن انتشار التهاب السحايا في البيئات الحضرية الهشة لا يرتبط فقط بوجود المسبب الجرثومي، وإنما يتأثر كذلك بجملة من المحددات البيئية المرتبطة بكفاءة البنية التحتية للصرف الصحي ومستوى التلوث البيئي وقدرة المنظومة الصحية على التشخيص والاستجابة المبكرة. ومن ثم فإن فهم المرض يتطلب الانتقال من التفسير البيولوجي الضيق إلى تحليل أكثر اتساعاً يدمج الأبعاد البيئية والوبائية والصحية في إطار واحد

أولاً: نظرية المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة

تُعد نظرية المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة من أكثر الأطر النظرية استخداماً في تفسير التفاوتات الصحية بين المجتمعات. وتنطلق هذه النظرية من أن صحة الأفراد لا تتحدد فقط بالعوامل البيولوجية أو الوراثية، بل تتأثر بدرجة كبيرة بالظروف التي يعيشون ويعملون ويتفاعلون داخلها وبحسب هذا المنظور، فإن خدمات المياه والصرف الصحي والإسكان والتخطيط الحضري ومستويات الفقر والتعليم تمثل عناصر أساسية تؤثر في احتمالات التعرض للأمراض ومعدلات الإصابة بها. وعندما تتدهور هذه العناصر أو تصبح غير قادرة على تلبية الاحتياجات الأساسية للسكان، تزداد هشاشة المجتمع أمام المخاطر الصحية والوبائية

وفي حالة التهاب السحايا، تساعد هذه النظرية على تفسير الكيفية التي يمكن

مـن خلالهـا للعوامـل البيئيـة والحضريـة أن تهيـئ ظروفـاً مواتيـة لزيـادة التعـرض للعوامــل المرضــة أو إضعــاف قــدرة المجتمـع على احتـواء انتشـارها

ثانيـاً: نظريـة المخاطـر البيئيـة (Envi-ronmental Risk Theory)

تـفترض نظريـة المخاطـر البيئيـة أن البيئة الماديـة المحيطـة بالإنسـان ليسـت مجـرد إطـار محايـد للحيـاة اليوميـة، بـل تمثـل مصـدراً مسـتمراً لعوامـل الخطـر التـي قـد تؤثـر بصـورة مبـاشرة أو غير مبـاشرة في الصحـة العامـة

وتــشير هــذه النظريــة إلى أن تراكــم الملوثـات في البيئـة الحضريـة، وضعـف أنظمـة إدارة النفايـات، وتدهـور شـبكات الصرف الصحـي، يمكــن أن يــؤدي إلى زيــادة العــبء الميكــروبي في الوســط المحيـط، الأمـر الـذي يرفـع احـتمالات تعـرض السـكان للكائنـات الدقيقـة المرضــة

ومــن هــذا المنطلــق، يمكــن النظــر إلى طفـح ميـاه المجـاري وتلـوث مصـادر الميـاه في عـدن ولحـج باعتبـارهما عامـلين بيئـيين قادرين على التـأثير في ديناميكيات انتشـار الأمـراض المعديـة، سـواء بصـورة مبـاشرة أو مــن خلال إحــداث تــغيرات مسـتمرة في البيئـة الميكروبيـة المحيطـة بالسـكان

ثالثـاً: نظريـة الانتقـال البيئـي للعوامـل المرضـة

تسـتند هـذه النظريـة إلى أن الكائنـات الدقيقـة المرضـة لا تنتقـل بمعـزل عـن البيئـة، وإنمـا تتأثـر حركتهـا وانتشـارها بمجموعـة مـن العوامـل الفيزيائيـة والكيميائيـة والبيولوجيـة الموجـودة في الوسـط المحيـط

وتوضـح الأدبيـات الحديثـة أن الميـاه الملوثـة وشـبكات الصرف الصحـي المتدهـورة قـد تتحـول إلى بيئـات داعمـة لبقـاء العديـد مـن الميكروبـات، كما يمكـن أن تسـهم في تسـهيل انتقالهـا بين الأفـراد والمجتمعـات بطـرق متعـددة

وعلى الرغـم مـن أن التهـاب السـحايا لا يصنـف تقليديـاً ضمـن الأمـراض المنقولـة بالميـاه، فـإن عـدداً مـن الباحـثين يشيرون إلى أن التدهـور البيئـي المسـتمر قـد يؤثر بصـورة غير مبـاشرة في الأنمـاط الوبائيـة للمـرض مـن خلال تعزيـز انتشـار العوامـل المرضـة، وإضعـاف الظـروف الصحيـة العامـة، وزيـادة معـدلات التعـرض للمخاطـر البيئيـة المختلفـة

رابعـاً: مفهـوم الصحـة الواحـدة (One Health)

يمثـل مفهـوم الصحـة الواحـدة أحـد أكثر الأطـر النظريـة تطـوراً في مجـال الصحـة العامـة خلال العقديـن الأخيريـن. ويقـوم هـذا المفهـوم على مبـدأ أسـاسي يتمثـل في الترابـط الوثيـق بين صحـة الإنسـان وسلامـة البيئـة والكائنـات الحيـة الأخرى

ويـرى أنصـار هـذا النمـوذج أن العديـد مـن المشـكلات الصحيـة المعـاصرة، بمـا في ذلـك الأمـراض المعديـة ومقاومـة المضـادات الحيويـة، لا يمكـن فهمهـا أو السـيطرة عليهـا مـن خلال التـدخلات الطبيـة وحدهـا، بـل تتطلـب معالجـة العوامـل البيئيـة والاجتماعيـة التـي تسـهم في نشـأتها واسـتمرارها

وفي سـياق الدراسـة الحاليـة، يوفـر مفهـوم الصحـة الواحـدة إطـاراً مناسـباً لفهـم العلاقـة بين تدهـور الصرف الصحـي وظهـور المسـببات الجرثوميـة وانتشـار المقاومـة الدوائيـة، إذ ينظـر إلى هـذه العنـاصر باعتبارهـا أجـزاء مترابطـة ضمـن منظومـة واحـدة تؤثـر مكوناتهـا بعضهـا في بعـض بصـورة مسـتمرة

خامسـاً: الإطـار المفاهيمـي لمقاومـة المضـادات الحيويـة

شـهدت قضيـة مقاومـة المضـادات الحيويـة تحـولاً جوهريـاً في الأدبيـات العلميـة خلال السـنوات الأخيرة. فبعـد أن كانـت تُـفسر على أنها نتيجـة مباشرة للاسـتخدام غير الرشـيد للأدويـة، أصبـح ينظـر إليها اليـوم بوصفها ظاهـرة بيئيـة وصحيـة متعـددة الأبعـاد

وتـشير الـنماذج الحديثـة إلى أن البيئـات الملوثـة، وخاصـة ميـاه الصرف الصحـي، تمثـل خزانـات طبيعيـة لجينـات المقاومة، حيـث تتفاعـل البكتيريـا المختلفـة في ظـروف تسـمح بانتقـال العنـاصر الوراثيـة المسـؤولة عـن المقاومـة بين الأنـواع الميكروبيـة المختلفـة

وبالتـالي فـإن دراسـة مقاومـة المضـادات الحيويـة في سـياق التهـاب السـحايا لا ينبغـي أن تقـتصر على تقييـم اسـتجابة العـزلات الجرثوميـة للـعلاج، بـل يجـب أن تشـمل تحليـل الظـروف البيئيـة التـي قـد تسـهم في ظهـور هـذه المقاومـة واسـتمرارها وانتشـارها داخـل المجتمـع

النموذج المفاهيمي للدراسة

تنطلـق الدراسـة مـن نمـوذج تفـسيري يقـوم على وجـود علاقـة تفاعليـة بين أربعـة مكونـات رئيسـية

- المتغير البيئي
- تدهور شبكات الصرف الصحي .
- طفح مياه المجاري.
- تلوث المياه السطحية والجوفية .
- ضعف الإدارة البيئية.
- المتغير الوبائي
- زيادة التعرض للعوامل الممرضة .
- ارتفاع احتمالات انتقال العدوى.
- تشكل بؤر مرضية محلية.
- المتغير الميكروبيولوجي
- انتشار المسببات الجرثومية.
- تغير التركيب الميكروبي المحلي.
- ظهور سلالات أكثر قدرة على البقاء.
- المتغير السريري والصحي
- زيادة معدلات الإصابة.
- صعوبة التشخيص المبكر.
- ارتفاع مقاومة المضادات الحيوية .
- زيادة العبء الصحي على المجتمع

فرضيات الدراسة

استناداً إلى الأدبيات السابقة والإطار النظري المقترح، تفترض الدراسة ما يلي

الفرضية الأولى

توجد علاقة ذات دلالة بين تدهور منظومة الصرف الصحي وارتفاع مخاطر انتشار المسببات الجرثومية المرتبطة بالتهاب السحايا

الفرضية الثانية

تسهم البيئات المتأثرة بالتلوث الناتج عن الصرف الصحي في تعزيز ظهور وانتشار السلالات البكتيرية المقاومة للمضادات الحيوية

الفرضية الثالثة

ترتبط فعالية أنظمة التشخيص والرقابة الوبائية بقدرة المنظومة الصحية على الكشف المبكر عن حالات التهاب السحايا والسيطرة على انتشارها

الفرضية الرابعة

يوفر مفهوم الصحة الواحدة إطاراً تفسيرياً أكثر قدرة على فهم العلاقة بين العوامل البيئية والميكروبية والصحية مقارنة بالمقاربات التقليدية التي تركز على العامل الممرض وحده

منهجية الدراسة

تعتمد هذه الدراسة على منهج المراجعة التحليلية للأدبيات العلمية، بهدف تحليل العلاقة بين المسببات الجرثومية لالتهاب السحايا والتدهور البيئي الحضري المرتبط بمنظومات الصرف الصحي، مع التركيز على أنماط مقاومة المضادات الحيوية في البيئات الهشة. وتستند الدراسة إلى دمج المعطيات المستمدة من الأدبيات الميكروبيولوجية والوبائية والبيئية ضمن إطار تفسيري موحد يسمح بفهم التفاعلات المتبادلة بين العوامل المرضة والبيئة والصحة العامة

ويقوم هذا النهج على تجاوز العرض الوصفي للدراسات السابقة نحو تحليل الاتجاهات العلمية السائدة، وتحديد أوجه الاتفاق والاختلاف بين نتائج الدراسات المنشورة، واستكشاف الفجوات المعرفية ذات الصلة بموضوع البحث، مع الاستفادة من السياق المحلي لمحافظتي عدن ولحج بوصفهما نموذجاً للبيئات الحضرية التي تواجه تحديات متزايدة في مجالات المياه والصرف الصحي

مصادر البيانات

اعتمدت الدراسة على مراجعة وتحليل الأدبيات العلمية المنشورة في قواعد البيانات الدولية المتخصصة في العلوم الطبية والصحية والبيئية، إضافة إلى التقارير الصادرة عن المنظمات الدولية المعنية بالصحة العامة والمياه والصرف الصحي

وشملت مصادر المعلومات:

قواعد البيانات الطبية الحيوية.

الدوريات المتخصصة في الأمراض المعدية

الأدبيات المتعلقة بعلم الأوبئة البيئية.

الدراسات المرتبطة بمقاومة المضادات الحيوية

تقارير الصحة العامة والمياه والصرف الصحي

كما تم الاستفادة من الوثائق والتقارير ذات الصلة بالسياق اليمني متى ما توفرت بيانات موثوقة وقابلة للتحقق العلمي

معايير اختيار الدراسات

جرى تضمين الدراسات التي تناولت واحداً أو أكثر من المحاور الآتية

- المسببات الجرثومية لالتهاب السحايا.
- الخصائص الوبائية للمرض.
- تأثير المياه والصرف الصحي على الأمراض المعدية.
- مقاومة المضادات الحيوية في

البيئـات الملوثـة.

- مفهـوم الصحـة الواحـدة وتطبيقاتـه في الصحـة العامـة.
- الدراسـات المتعلقـة بالـدول منخفضـة ومتوسـطة الدخـل.

في المقابل، استُبعدت الدراسات التي:

- افتقرت إلى منهجية واضحة.
- اعتمـدت عـلى بيانـات غـير موثقـة .
- ركـزت عـلى حـالات سريريـة فرديـة محـدودة التأثـير.
- لم تقـدم نتائـج قابلـة للمقارنـة أو التحليـل.

المحاور التحليلية للدراسة

اعتمـد التحليـل على أربعـة محـاور مترابطـة

المحور الأول: البعد الميكروبيولوجي

ويتنـاول المسـببات الجرثوميـة الرئيسـة لالتهـاب السـحايا، وخصائصهـا البيولوجيـة، وأنمـاط انتشـارها، والتغيرات المسـجلة في تركيبهـا الجينـي

المحور الثاني: البعد الوبائي

ويركـز على العوامـل المرتبطـة بانتشـار المـرض داخـل المجتمعـات الحضريـة، مـع تحليـل تـأثير الكثافـة السـكانية والظـروف المعيشـية ومـؤشرات الهشاشـة الصحيـة

المحور الثالث: البعد البيئي
ويبحث في العلاقة بين تدهور شبكات الصرف الصحي وتلوث المياه وبين زيادة المخاطر الصحية المرتبطة بالأمراض المعدية، مع التركيز على الأدوار المحتملة للبيئة في دعم بقاء العوامل الممرضة وانتقالها

المحور الرابع: مقاومة المضادات الحيوية
ويتناول العوامل المؤثرة في ظهور المقاومة وانتشارها، والدور الذي تؤديه البيئات الملوثة ومياه الصرف الصحي في تعزيز تداول الجينات المقاومة بين الكائنات الدقيقة

منهج التحليل
استندت الدراسة إلى التحليل الموضوعي المقارن للأدبيات العلمية، من خلال

- تصنيف الدراسات وفق موضوعاتها الرئيسة.
- مقارنة النتائج المتقاربة والمتباينة.
- تحليل العلاقات التفسيرية بين المتغيرات البيئية والميكروبيولوجية.
- ربط النتائج بالسياق الصحي والبيئي في اليمن.
- بناء نموذج تفسيري يجمع بين الأبعاد البيئية والوبائية والصحية.

ولم يقتصر التحليل على عرض النتائج المنشورة، بل سعى إلى تفسيرها في ضوء التطورات الحديثة في مجالات علم الأوبئة البيئية ومقاومة المضادات الحيوية والصحة الواحدة

حدود الدراسة
تقتصر الدراسة على تحليل الأدبيات المرتبطة بالمسببات الجرثومية لالتهاب السحايا وعلاقتها بالتدهور البيئي الحضري ومؤشرات الصرف الصحي، ولا تشمل الجوانب الفيروسية أو الفطرية للمرض إلا في الحدود التي تقتضيها المناقشة العلمية
كما تركز الدراسة على البيئات الحضرية الهشة ذات الخصائص المشابهة لعدن ولحج، مع الاستفادة من الأدلة العلمية المتاحة على المستويين الإقليمي والدولي لتفسير الظواهر الصحية والبيئية ذات الصلة

- المسببات الجرثومية لالتهاب السحايا: الخصائص الميكروبيولوجية والتحولات الوبائية المعاصرة

يشكل التعرف الدقيق على المسببات الجرثومية لالتهاب السحايا حجر الأساس في فهم ديناميكيات المرض وتفسير أنماط انتشاره داخل المجتمعات المختلفة. فالتهاب السحايا ليس مرضاً ذا مسبب واحد، بل يمثل متلازمة سريرية تنتج عن مجموعة من الكائنات الدقيقة التي تختلف في خصائصها البيولوجية وقدرتها الإمراضية واستجابتها للعوامل البيئية المحيطة. وقد أظهرت التحولات الوبائية خلال العقود الأخيرة أن توزيع هذه المسببات يخضع لتغيرات مستمرة تتأثر بعوامل عديدة تشمل برامج التحصين، والتحولات الديموغرافية، والظروف البيئية، وأنماط استخدام المضادات الحيوية

وفي البيئات التي تعاني من هشاشة البنية التحتية الصحية والبيئية، تصبح دراسة هذه المسببات أكثر أهمية، ليس فقط لتحديد العوامل المسؤولة عن المرض، وإنما لفهم العلاقة بين البيئة الحضرية المتدهورة والقدرة المتزايدة لبعض السلالات الجرثومية على الانتشار والتكيف والاستمرار

المكورات الرئوية (Streptococcus pneumoniae)

تُعد المكورات الرئوية أحد أهم المسببات الجرثومية لالتهاب السحايا على المستوى العالمي، كما ترتبط بنسبة كبيرة من الحالات الشديدة والوفيات المسجلة في العديد من الدول. وتتميز هذه البكتيريا بقدرتها على استعمار الجهاز التنفسي العلوي لفترات طويلة دون إحداث أعراض واضحة، قبل أن تتحول في ظروف معينة إلى عامل ممرض قادر على اختراق الحواجز المناعية والوصول إلى الجهاز العصبي المركزي

وتشير الدراسات إلى أن خطورة المكورات الرئوية لا تكمن فقط في قدرتها على إحداث المرض، بل أيضاً في التنوع الكبير لسلالاتها المصلية، الأمر الذي يسمح بظهور أنماط وبائية متغيرة بمرور الزمن. وقد أدى إدخال اللقاحات المقترنة إلى انخفاض معدلات الإصابة ببعض السلالات التقليدية، غير أن ذلك ترافق مع بروز أنماط مصلية جديدة في عدد من المناطق، وهي ظاهرة باتت تعرف في الأدبيات العلمية باسم الاستبدال المصلي (Se-rotype Replacement)

ومن منظور بيئي، تشير بعض

الدراسات إلى أن المجتمعات التي تعاني من الاكتظاظ السكاني وسوء الظروف المعيشية تكون أكثر عرضة لانتشار المكورات الرئوية، نتيجة ارتفاع معدلات الانتقال بين الأفراد وضعف الوصول إلى الخدمات الوقائية والعلاجية

المكورات السحائية (Neisseria meningitidis)

تمثل المكورات السحائية أحد أكثر مسببات التهاب السحايا ارتباطاً بالفاشيات الوبائية، نظراً لقدرتها العالية على الانتقال بين الأفراد عبر الرذاذ التنفسي، وامتلاكها مجموعة من عوامل الضراوة التي تساعدها على غزو الأنسجة البشرية بسرعة

وتبرز أهمية هذا المسبب بشكل خاص في المناطق التي تشهد كثافة سكانية مرتفعة أو ظروفاً معيشية غير مستقرة، حيث يزداد احتمال انتقال العدوى وظهور التجمعات المرضية. وقد أظهرت دراسات عديدة أن الفاشيات الكبرى غالباً ما ترتبط بتفاعل معقد بين العامل الجرثومي والعوامل البيئية والاجتماعية، بما في ذلك الازدحام، وضعف الخدمات الصحية، وتراجع مستوى النظافة العامة

كما أن التغيرات المناخية والاضطرابات البيئية أصبحت تُناقش بصورة متزايدة بوصفها عوامل قد تؤثر في الأنماط الموسمية لانتشار المكورات السحائية، خاصة في المناطق ذات الظروف المناخية القاسية أو المتقلبة

المستدمية النزلية (Haemophilus influenzae)

قبل التوسع العالمي في برامج التطعيم، كانت المستدمية النزلية من النمط المصلي (b) من أكثر مسببات التهاب السحايا شيوعاً بين الأطفال. وقد أدت اللقاحات الحديثة إلى انخفاض ملحوظ في معدلات الإصابة في العديد من الدول، إلا أن العبء المرضي ما يزال قائماً في بعض المناطق التي تعاني من ضعف التغطية اللقاحية أو اضطراب الخدمات الصحية

وتوضح الأدبيات أن استمرار ظهور حالات مرتبطة بهذا المسبب يعكس في كثير من الأحيان وجود ثغرات في برامج التحصين أو تحديات مرتبطة بإمكانية الوصول إلى الخدمات الوقائية. كما تشير بعض الدراسات إلى أن التغيرات البيئية والاجتماعية قد

تلعب دوراً غير مباشر في استمرار تداول البكتيريا داخل بعض المجتمعات
مسببات جرثومية أخرى ذات أهمية وبائية

على الرغم من هيمنة المسببات الثلاثة السابقة على معظم الدراسات، فإن هناك عدداً من البكتيريا الأخرى التي يمكن أن تسهم في حالات التهاب السحايا، خاصة لدى الفئات الأكثر عرضة للخطر
ومن أبرز هذه المسببات:
Listeria monocytogenes
Escherichia coli
Klebsiella pneumoniae
Staphylococcus aureus
Pseudomonas aeruginosa
وتكتسب هذه الأنواع أهمية خاصة في المستشفيات والبيئات التي تشهد انتشاراً مرتفعاً لمقاومة المضادات الحيوية، حيث ترتبط في كثير من الأحيان بالحالات المعقدة أو العدوى المكتسبة داخل المؤسسات الصحية

التحولات الوبائية في المسببات الجرثومية

تكشف الأدبيات الحديثة أن الخريطة الميكروبيولوجية لالتهاب السحايا لم تعد ثابتة كما كانت في العقود السابقة. فقد أدت برامج التحصين، والتغيرات الديموغرافية، والتحولات البيئية، والاستخدام المكثف للمضادات الحيوية إلى إعادة تشكيل أنماط انتشار المسببات الجرثومية في العديد من مناطق العالم
وأصبحت بعض السلالات التقليدية أقل انتشاراً نتيجة فعالية اللقاحات، في حين ظهرت سلالات جديدة تمتلك خصائص مختلفة من حيث الضراوة والاستجابة العلاجية. كما أسهمت التطورات في تقنيات التشخيص الجزيئي في الكشف عن أنماط ميكروبية لم تكن معروفة سابقاً أو لم يكن بالإمكان رصدها باستخدام الوسائل التقليدية
ويشير ذلك إلى أن فهم التهاب السحايا في الوقت الراهن يتطلب مقاربة ديناميكية تأخذ في الاعتبار التغير المستمر في خصائص المسببات الجرثومية، بدلاً من الاعتماد على التصورات التقليدية الثابتة

البعد البيئي في تفسير التحولات الميكروبيولوجية

تتزايد الأدلة العلمية التي تشير إلى

أن البيئة ليست مجرد مسرح محايد لانتقال الأمراض، بل تمثل عاملاً فاعلاً في تشكيل البنية الميكروبية للمجتمعات البشرية. فالتلوث البيئي، وتدهور شبكات الصرف الصحي، وضعف إدارة النفايات، كلها عوامل قد تؤثر بصورة مباشرة أو غير مباشرة في ديناميكيات انتشار الكائنات الدقيقة

وفي البيئات الحضرية الهشة، يمكن أن يؤدي التدهور المستمر في خدمات الصرف الصحي إلى زيادة الحمل الميكروبي في الوسط المحيط، وخلق ظروف تسمح ببقاء بعض الكائنات الدقيقة لفترات أطول، فضلاً عن تعزيز فرص التفاعل بين السلالات المختلفة وتبادل العناصر الوراثية فيما بينهم

ومن هذا المنظور، يصبح من الصعب فصل دراسة المسببات الجرثومية لالتهاب السحايا عن السياق البيئي الذي تنشط داخله، خصوصاً في المدن التي تواجه تحديات مزمنة في إدارة المياه والصرف الصحي

وتشير الأدلة العلمية إلى أن المسببات الجرثومية لالتهاب السحايا تخضع لتحولات مستمرة تتأثر بعوامل بيولوجية وبيئية وصحية متعددة. ورغم استمرار هيمنة المكورات الرئوية والمكورات السحائية والمستدمية النزلية على المشهد الوبائي العالمي، فإن التغيرات المسجلة في أنماط انتشارها واستجابتها العلاجية تؤكد الحاجة إلى مراقبة مستمرة ودراسات تربط بين الخصائص الميكروبيولوجية للممرضات والظروف البيئية التي تؤثر في بقائها وانتشارها. وتكتسب هذه القضية أهمية مضاعفة في البيئات الحضرية الهشة، حيث تتقاطع تحديات الصحة العامة مع أزمات البنية التحتية، بما يفرض ضرورة تبني مقاربات بحثية أكثر شمولاً لفهم المرض والسيطرة عليه

تدهور البنية التحتية للصرف الصحي كعامل محدد للصحة العامة: الأبعاد البيئية والوبائية في عدن ولحج

شهد مفهوم الصحة العامة خلال العقود الأخيرة تحولاً ملحوظاً في طريقة تفسير أسباب المرض وانتشاره، حيث لم يعد التركيز مقتصراً على العامل الممرض أو السلوك الفردي، بل امتد ليشمل البنية التحتية والخدمات الأساسية بوصفها محددات جوهرية

للصحة. وفي مقدمة هذه المحددات تبرز أنظمة المياه والصرف الصحي باعتبارها أحد أكثر العوامل تأثيراً في تشكيل الواقع الصحي للمجتمعات، نظراً لدورها المباشر في الحد من التعرض للمخاطر البيئية والعوامل المرضة

وتُظهر التجارب العالمية أن المجتمعات التي تمتلك أنظمة صرف صحي فعالة تسجل مستويات أقل من الأمراض المعدية مقارنة بالمناطق التي تعاني من تدهور هذه الخدمات. ويرجع ذلك إلى أن الصرف الصحي لا يؤدي وظيفة هندسية أو خدمية فحسب، بل يمثل أحد أهم خطوط الدفاع الأولى في منظومة الصحة العامة، من خلال تقليل فرص تلوث البيئة وعزل الفضلات البشرية ومنع انتقال المرضات إلى مصادر المياه والأحياء السكنية

وفي المقابل، يؤدي انهيار هذه المنظومة أو تراجع كفاءتها إلى خلق بيئة معقدة تتداخل فيها العوامل البيولوجية والكيميائية والاجتماعية، بما يجعل المجتمعات أكثر عرضة لموجات متكررة من الأمراض المعدية والمشكلات الصحية المزمنة

الصرف الصحي والصحة العامة: العلاقة البنيوية

تنظر الأدبيات الحديثة إلى خدمات الصرف الصحي بوصفها جزءاً من البنية الوقائية غير المرئية للصحة العامة. فنجاح أي مجتمع في السيطرة على الأمراض المعدية لا يعتمد فقط على المستشفيات أو الأدوية، بل يبدأ من قدرته على إدارة الفضلات البشرية بصورة تمنع انتقال الميكروبات إلى البيئة المحيطة

وتشير الدراسات الوبائية إلى أن سوء إدارة مياه الصرف يؤدي إلى سلسلة متتابعة من التأثيرات الصحية تبدأ بتلوث المياه والتربة، ثم زيادة التعرض للكائنات الدقيقة المرضة، وتنتهي بارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض المعدية. كما أن استمرار هذه الظروف لفترات طويلة يسهم في إعادة تشكيل البيئة الميكروبية للمناطق الحضرية، بما يسمح لبعض السلالات الأكثر قدرة على البقاء والتكيف بالاستمرار والانتشار

ومن هنا أصبحت شبكات الصرف الصحي تُعامل في الأدبيات الصحية الحديثة باعتبارها أحد المؤشرات الرئيسة على مستوى الأمن الصحي

في المجتمعات، تماماً كما تُستخدم مؤشرات التغطية الصحية أو معدلات التطعيم لقياس قدرة الأنظمة الصحية على حماية السكان

البيئة الحضرية الهشة وإعادة إنتاج المخاطر الصحية

تواجه المدن في الدول النامية تحديات متزايدة ناجمة عن النمو السكاني السريع والتوسع العمراني غير المنظم وضعف الاستثمارات في البنية التحتية. وعندما تتزامن هذه العوامل مع محدودية الموارد وضعف التخطيط الحضري، تصبح أنظمة الصرف الصحي غير قادرة على استيعاب الضغوط المتزايدة المفروضة عليها

وفي هذه الحالة تتحول البيئة الحضرية تدريجياً إلى بيئة منتجة للمخاطر الصحية، حيث يؤدي تكرار طفح المجاري وتسرب المياه الملوثة إلى زيادة مستويات التلوث البيئي، كما تتوسع مساحات التماس المباشر بين السكان ومصادر التلوث

ولا تقتصر آثار هذه الظاهرة على الأمراض المعروفة تقليدياً بأنها مرتبطة بالمياه، بل تمتد إلى التأثير في مجمل الوضع الصحي للسكان، نتيجة التراكم المستمر للعوامل البيئية الضارة وضعف قدرة المؤسسات الصحية والبلدية على احتواء آثارها

وقد أصبح هذا النمط من البيئات يُوصف في بعض الأدبيات بأنه «بيئة حضرية هشة»، وهي بيئة تتسم بوجود اختلالات مزمنة في الخدمات الأساسية تجعل السكان أكثر عرضة للمخاطر الصحية مقارنة بالمجتمعات التي تمتلك بنية تحتية مستقرة

عدن ولحج: السياق البيئي والصحي

تمثل محافظتا عدن ولحج نموذجاً معبراً عن التحديات التي تواجه العديد من المدن في البيئات منخفضة الموارد. فخلال السنوات الماضية تعرضت شبكات المياه والصرف الصحي لضغوط متزايدة ناجمة عن النمو السكاني، والتحولات العمرانية، والتحديات الاقتصادية والمؤسسية التي أثرت في قدرة الجهات المختصة على تنفيذ أعمال الصيانة والتطوير بصورة منتظمة

وقد انعكس ذلك في تكرار مشكلات طفح مياه المجاري، وظهور بؤر تلوث بيئي في عدد من المناطق السكنية، إضافة إلى الضغوط المتزايدة على خدمات المياه والإصحاح البيئي. كما تزامنت هذه التحديات مع استمرار

تسجيل حالات لأمراض معدية مختلفة، الأمر الذي دفع العديد من الجهات الصحية والبيئية إلى التحذير من التأثيرات بعيدة المدى لتدهور البنية التحتية على صحة السكان

ولا يمكن فهم هذه الظواهر من خلال منظور تقني أو خدمي فقط، لأن آثارها تمتد إلى المجال الوبائي والصحي بصورة مباشرة وغير مباشرة. فكل تراجع في كفاءة الصرف الصحي يعني زيادة احتمالات التعرض للتلوث، وارتفاع العبء البيئي الواقع على المجتمع، وتنامي الظروف التي تسمح بانتقال العوامل الممرضة واستمرارها

التلوث البيئي بوصفه عاملاً وسيطاً

من المهم الإشارة إلى أن العلاقة بين تدهور الصرف الصحي وظهور الأمراض ليست علاقة مباشرة دائماً، بل غالباً ما يمر تأثيرها عبر مجموعة من العوامل الوسيطة، يأتي في مقدمتها التلوث البيئي

فعندما تتسرب مياه الصرف إلى البيئة المحيطة، فإنها لا تنقل معها الكائنات الدقيقة فقط، بل تحمل أيضاً مواد عضوية وكيميائية وعناصر دوائية متنوعة قادرة على إحداث تغيرات مستمرة في التوازن البيئي المحلي.

وتؤدي هذه التغيرات إلى خلق ظروف تسمح لبعض الكائنات الدقيقة بالاستمرار لفترات أطول، كما تزيد من احتمالات التفاعل بين السلالات الميكروبية المختلفة

ويكتسب هذا الجانب أهمية خاصة عند مناقشة الأمراض المرتبطة بمقاومة المضادات الحيوية، إذ تشير الدراسات الحديثة إلى أن البيئات الملوثة قد تتحول إلى نقاط تجمع نشطة للعناصر الوراثية المسؤولة عن المقاومة الدوائية

من التلوث البيئي إلى مقاومة المضادات الحيوية

أحد أهم التحولات العلمية خلال العقدين الأخيرين يتمثل في الاعتراف بالدور البيئي في نشوء مقاومة المضادات الحيوية وانتشارها. فالأبحاث الحديثة لم تعد تنظر إلى المقاومة بوصفها مشكلة سريرية تنشأ داخل المستشفيات فقط، بل باعتبارها ظاهرة بيئية واسعة النطاق تشارك فيها شبكات الصرف الصحي ومصادر المياه والأنشطة البشرية المختلفة

وتُعد مياه الصرف الصحي من أكثر البيئات قدرة على جمع بقايا المضادات الحيوية والبكتيريا المقاومة

في مكان واحد، مما يخلق ظروفاً مثالية لحدوث عمليات تبادل وراثي مستمرة بين الكائنات الدقيقة. ومع مرور الوقت، يمكن أن يؤدي ذلك إلى ظهور سلالات أكثر قدرة على مقاومة العلاجات المتاحة، وهو ما يمثل تحدياً متزايداً للصحة العامة على المستويين المحلي والعالمي

ومن هذا المنطلق، فإن دراسة التهاب السحايا في البيئات التي تعاني من تدهور الصرف الصحي لا ينبغي أن تقتصر على تحديد المسبب الجرثومي فقط، بل يجب أن تمتد إلى فهم الظروف البيئية التي قد تؤثر في تطور هذه المسببات واستجابتها العلاجية

قراءة تفسيرية في ضوء مفهوم الصحة الواحدة

يساعد مفهوم الصحة الواحدة على تقديم تفسير متكامل للعلاقة بين الصرف الصحي والتلوث البيئي والأمراض المعدية. فبدلاً من النظر إلى كل عنصر بمعزل عن الآخر، ينظر هذا النموذج إلى الإنسان والبيئة والكائنات الدقيقة بوصفها أجزاء مترابطة داخل نظام واحد

وفي حالة عدن ولحج، يمكن ملاحظة أن أي اختلال في منظومة الصرف الصحي لا ينعكس فقط على البيئة، بل يمتد تأثيره إلى السكان والمؤسسات الصحية

والأنماط الوبائية للأمراض. ولذلك فإن التدخلات الصحية التقليدية التي تركز على العلاج دون معالجة جذور المشكلة البيئية قد تحقق نتائج مؤقتة، لكنها لا تؤدي إلى خفض مستدام للمخاطر الصحية

ويشير ذلك إلى أن تحسين الصحة العامة في البيئات الحضرية الهشة يتطلب استثمارات متوازية في البنية التحتية والخدمات البيئية وأنظمة الترصد الوبائي والقدرات التشخيصية، باعتبارها مكونات متكاملة ضمن منظومة واحدة

وتكشف الأدلة العلمية أن تدهور البنية التحتية للصرف الصحي يمثل أكثر من مجرد مشكلة خدمية أو هندسية، إذ يشكل عاملاً بنيوياً مؤثراً في الصحة العامة وفي ديناميكيات انتشار الأمراض المعدية. وتزداد أهمية هذا العامل في المدن التي تواجه تحديات تنموية وبيئية متراكمة، حيث تتفاعل مشكلات التلوث وضعف الخدمات مع العوامل السكانية والصحية لتنتج بيئات أكثر هشاشة أمام المخاطر الوبائية. وفي هذا السياق، تمثل عدن ولحج نموذجاً يستحق الدراسة والتحليل، ليس فقط لفهم العلاقة بين الصرف الصحي والتهاب السحايا، وإنما لفهم الكيفية التي تؤثر بها البنية التحتية في تشكيل الواقع الصحي للمجتمعات الحضرية بأكملها

مقاومة المضادات الحيوية في البيئات المتأثرة بتدهور الصرف الصحي: من التحدي السريري إلى الأزمة البيئية

أصبحت مقاومة المضادات الحيوية خلال العقود الأخيرة واحدة من أكثر القضايا إلحاحاً في مجال الصحة العامة، حتى إن بعض التقارير العلمية الدولية باتت تصنفها ضمن أكبر التهديدات الصحية التي تواجه البشرية في القرن الحادي والعشرين. ولم يعد مصدر القلق مقتصراً على تراجع فعالية الأدوية المستخدمة لعلاج الأمراض المعدية، بل امتد ليشمل التأثيرات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية الناتجة عن انتشار السلالات المقاومة وقدرتها المتزايدة على تجاوز الخيارات العلاجية المتاحة

وفي سياق التهاب السحايا، تكتسب هذه القضية أهمية مضاعفة، لأن نجاح العلاج يعتمد بصورة أساسية على التدخل السريع واختيار المضاد الحيوي المناسب خلال فترة زمنية قصيرة. وأي زيادة في معدلات المقاومة قد تؤدي إلى تأخير الاستجابة العلاجية،

وارتفاع معدلات المضاعفات، وزيادة احتمالات الوفاة أو الإعاقة العصبية الدائمة

غير أن التطور الأهم في فهم هذه الظاهرة يتمثل في التحول من النظر إليها باعتبارها مشكلة سريرية داخل المستشفيات فقط، إلى اعتبارها ظاهرة بيئية معقدة تشارك في صناعتها عوامل متعددة تمتد من أنماط استخدام الدواء إلى نظم إدارة المياه والصرف الصحي

التطور التاريخي لمفهوم المقاومة الدوائية

عندما بدأ استخدام المضادات الحيوية على نطاق واسع في منتصف القرن العشرين، ساد اعتقاد بأن الأمراض البكتيرية أصبحت تحت السيطرة. إلا أن هذا التفاؤل لم يدم طويلاً، إذ بدأت السلالات المقاومة بالظهور تدريجياً نتيجة الضغوط الانتقائية التي فرضها الاستخدام المكثف للمضادات

ومع مرور الوقت، تحولت المقاومة من ظاهرة محدودة إلى مشكلة عالمية متنامية، نتيجة الاستخدام المفرط أو غير المنظم للمضادات الحيوية في الطب البشري والبيطري والزراعي. وقد أدى ذلك إلى ظهور أنواع بكتيرية قادرة على مقاومة عدة مجموعات دوائية في الوقت نفسه، وهو ما يعرف بالسلالات متعددة المقاومة

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن المشكلة لم تعد مرتبطة فقط بظهور المقاومة، بل بسرعة انتشارها وانتقالها بين الأنواع البكتيرية المختلفة عبر آليات وراثية معقدة، ما يجعل السيطرة عليها أكثر صعوبة من أي وقت مضى

الآليات البيولوجية لمقاومة المضادات الحيوية

تطورت البكتيريا عبر الزمن لتكتسب مجموعة من الآليات التي تمكنها من النجاة في البيئات التي تحتوي على المضادات الحيوية

ومن أهم هذه الآليات:

تعطيل المضاد الحيوي

تقوم بعض البكتيريا بإنتاج إنزيمات قادرة على تكسير المضادات الحيوية أو تعطيل فعاليتها قبل وصولها إلى أهدافها الخلوية

تعديل موقع التأثير

قد تحدث تغيرات جينية في البكتيريا تجعل المضاد الحيوي غير قادر على الارتباط بالهدف الذي صُمم لمهاجمته

تقليل نفاذية الخلية

تمتلك بعض السلالات القدرة على تقليل دخول المضادات الحيوية إلى داخل الخلية البكتيرية

مضخات الطرد الخلوي

وهي آليات متطورة تسمح للبكتيريا بطرد المضاد الحيوي إلى خارج الخلية قبل أن يصل إلى تركيز مؤثر

وتمنح هذه الآليات مجتمعة البكتيريا قدرة استثنائية على التكيف مع الضغوط البيئية المختلفة، بما في ذلك البيئات الملوثة ببقايا الأدوية

مياه الصرف الصحي كمستودع لجينات المقاومة

أحد أهم الاكتشافات العلمية الحديثة يتمثل في الدور المحوري الذي تؤديه مياه الصرف الصحي في دورة انتشار مقاومة المضادات الحيوية

فشبكات الصرف الصحي تستقبل يومياً

فضلات بشرية تحتوي على بكتيريا مقاومة

بقايا مضادات حيوية غير مستهلكة بالكامل

مخلفات منشآت صحية وطبية.

ملوثات كيميائية متنوعة.

ويؤدي اختلاط هذه المكونات في بيئة واحدة إلى خلق ما يشبه المختبر البيئي المفتوح الذي يسمح بحدوث تفاعلات وراثية مستمرة بين الكائنات الدقيقة

وتشير الأدبيات الحديثة إلى أن العديد من جينات المقاومة المكتشفة في البيئات الطبيعية يمكن تتبعها إلى مصادر مرتبطة بمياه الصرف الصحي، ما يعزز فرضية أن هذه الأنظمة أصبحت أحد أهم الخزانات البيئية للمقاومة الدوائية

الانتقال الأفقي للجينات: الخطر غير المرئي

من أخطر الظواهر المرتبطة بمقاومة المضادات الحيوية ما يعرف بالانتقال الأفقي للجينات

فالبكتيريا لا تعتمد فقط على الطفرات الوراثية العشوائية لتطوير المقاومة، بل تستطيع تبادل المعلومات الجينية فيما بينها بصورة مباشرة

وتشمل هذه المعلومات:

جينات إنتاج الإنزيمات المقاومة.

جينات مضخات الطرد الخلوي.

جينات تعديل الأهداف الدوائية.

ويحدث هذا التبادل بكفاءة عالية داخل البيئات الغنية بالكائنات

الدقيقة مثل شبكات الصرف الصحي والبرك الملوثة ومناطق تجمع المخلفات السائلة

ولهذا السبب أصبحت بعض الدراسات تصف شبكات الصرف الصحي بأنها «مراكز تطور جيني مفتوحة»، قادرة على إنتاج أنماط جديدة من المقاومة ونشرها داخل البيئة المحيطة

مقاومة المضادات الحيوية والتهاب السحايا

تثير مقاومة المضادات الحيوية تحديات خاصة عند التعامل مع التهاب السحايا بسبب حساسية المرض وسرعة تطوره

فالعلاج الفعال يعتمد على:

التشخيص المبكر.

تحديد المسبب الجرثومي.

اختيار مضاد حيوي قادر على اختراق الحاجز الدموي الدماغي

بدء العلاج خلال فترة زمنية قصيرة.

وعندما تظهر سلالات مقاومة، تصبح هذه المعادلة أكثر تعقيداً، إذ قد تفشل البروتوكولات العلاجية التقليدية في السيطرة على العدوى، مما يؤدي إلى

زيادة العبء السريري على المؤسسات الصحية

وقد سجلت الأدبيات خلال السنوات الأخيرة ارتفاعاً في معدلات المقاومة لدى بعض المسببات الرئيسية لالتهاب السحايا، وخاصة المكورات الرئوية، وهو ما دفع العديد من الجهات الصحية إلى مراجعة الإرشادات العلاجية بصورة دورية

البيئات الحضرية الهشة بوصفها بؤراً للمقاومة

تتزايد أهمية البعد البيئي للمقاومة في المدن التي تعاني من ضعف البنية التحتية للمياه والصرف الصحي

ففي هذه البيئات تتداخل عدة عوامل محفزة للمقاومة

التلوث المزمن.

ضعف المعالجة البيئية.

الاستخدام غير المنظم للمضادات الحيوية

محدودية الرقابة الصحية.

الكثافة السكانية المرتفعة.

ويؤدي اجتماع هذه العوامل إلى خلق بيئة مواتية لاستمرار السلالات المقاومة وانتشارها داخل المجتمع

ومن هنا لم تعد مقاومة المضادات

الحيويــة مشــكلة تخــص المستشــفيات وحدهــا، بــل أصبحــت قضيــة ترتبــط بشــكل مبــاشر بــإدارة المــدن والمــوارد المائيــة والبنيــة التحتيــة البيئيــة

قراءة في واقع عدن ولحج

في ظــل الضغــوط التــي تعرضــت لهــا خدمــات الميــاه والصرف الصحــي خلال الســنوات الماضيــة، تبرز الحاجــة إلى دراســة العلاقــة بين التلــوث البيئــي ومقاومــة المضــادات الحيويــة في عــدن ولحــج بصــورة أكثر عمقــاً
فالمعلومــات المتوافــرة تــشير إلى وجــود ظــروف بيئيــة تســمح بزيــادة فــرص التعــرض للملوثــات الميكروبيــة، غير أن حجــم التــأثير الفــعلي لهــذه الظــروف على تطــور المقاومــة وانتشــارها مــا يــزال يحتــاج إلى مزيــد مــن البحــث والتحليــل كما أن محدوديــة الدراســات المحليــة في هــذا المجــال تجعل مــن الضروري التعامل مــع القضيــة ضمن إطــار اســتباقي يهدف إلى فهــم المخاطــر المحتملــة قبــل تحولهــا إلى مشــكلة صحيــة واســعة النطــاق

مقاومــة المضــادات الحيويــة في ضــوء مفهــوم الصحــة الواحــدة

تمثــل مقاومــة المضــادات الحيويــة أحــد أكثر الأمثلــة وضوحــاً على الترابــط بين الإنســان والبيئــة والكائنــات الدقيقــة فالــسلالات المقاومــة لا تنشــأ داخــل المستشــفيات فقــط، ولا تبقــى محصــورة داخــل أجســام المــرضى، بــل تتحــرك باســتمرار عبر الميــاه والتربــة والبيئــة الحضريــة وسلاســل التفاعــل البيولوجــي المختلفــة
ومــن هنــا يوفــر مفهــوم الصحــة الواحدة إطــاراً تفسيريــاً أكثر قــدرة على فهــم الظاهــرة مقارنــة بالمقاربــات التقليديــة التــي تــحصر المشــكلة في الاســتخدام الخاطــئ للأدويــة
فالتعامــل مــع المقاومــة يتطلــب في الوقــت نفســه

- تحســين إدارة المضــادات ا لحيو يــة .
- تطوير أنظمة الترصد الوبائي.
- رفع كفاءة المختبرات.
- تحســين البنيــة التحتيــة للميــاه والــصرف الصحــي.
- تقليل مصادر التلوث البيئي.

تكشــف الأدبيــات العلميــة المعــاصرة أن مقاومــة المضــادات الحيويــة لم تعــد مجــرد تحــدٍ علاجــي، بــل أصبحــت

قضية بيئية وصحية معقدة تتشكل عند تقاطع العوامل الميكروبيولوجية والبيئية والاجتماعية. وتبرز شبكات الصرف الصحي في هذا السياق بوصفها أحد أهم المستودعات البيئية التي تسهم في بقاء الجينات المقاومة وانتقالها بين الكائنات الدقيقة. وعند ربط هذه المعطيات بمرض شديد الخطورة مثل التهاب السحايا، تتضح الحاجة إلى مقاربة شاملة تتجاوز حدود العلاج السريري لتشمل البنية التحتية والصحة البيئية وإدارة المخاطر الوبائية ضمن إطار متكامل للصحة العامة

التشخيص المخبري لالتهاب السحايا: التحديات التقليدية وآفاق التقنيات الجزيئية الحديثة

يُعد التشخيص المخبري أحد المحاور الأساسية في إدارة حالات التهاب السحايا والسيطرة على مضاعفاته، إذ تعتمد فعالية التدخل العلاجي بصورة كبيرة على سرعة تحديد المسبب المرضي ودقة التمييز بين الأنماط المختلفة للمرض. وتكتسب هذه المسألة أهمية خاصة في الالتهاب السحائي الجرثومي، حيث قد يؤدي التأخير في التشخيص أو اختيار العلاج غير المناسب إلى نتائج سريرية خطيرة خلال فترة زمنية قصيرة

ورغم التطورات الكبيرة التي شهدتها علوم الأحياء الدقيقة والتشخيص الجزيئي، ما تزال العديد من النظم الصحية، خصوصاً في البيئات محدودة الموارد، تعتمد بصورة رئيسية على الوسائل التقليدية في تشخيص المرض. وبينما توفر هذه الوسائل قدراً من المعلومات السريرية المهمة، فإنها تواجه تحديات تتعلق بالحساسية التشخيصية وسرعة الحصول على النتائج وقدرتها على الكشف عن المسببات في الحالات المعقدة أو التي تلقت علاجاً مسبقاً بالمضادات الحيوية

وفي ضوء هذه التحديات، برزت التقنيات الجزيئية الحديثة بوصفها نقلة نوعية في تشخيص الأمراض المعدية، حيث أتاحت إمكانية الكشف السريع والدقيق عن الممرضات، وأسهمت في تحسين فهم الأنماط الوبائية والوراثية للمسببات الجرثومية لالتهاب السحايا

أهمية التشخيص المبكر في التهاب السحاي

تختلف الإصابة بالتهاب السحايا عن العديد من الأمراض المعدية الأخرى من حيث سرعة تطورها وإمكانية

تحولها خلال ساعات قليلة إلى حالة طبية حرجة. ولذلك فإن القيمة الحقيقية للتشخيص المخبري لا تكمن فقط في تحديد المسبب المرضي، وإنما في اختصار الزمن الفاصل بين ظهور الأعراض وبدء العلاج المناسب

وقد أظهرت الدراسات السريرية أن فرص النجاة وتحسن النتائج العلاجية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بسرعة التشخيص، إذ يؤدي التأخر في التعرف على العامل المسبب إلى زيادة احتمالات المضاعفات العصبية والوفاة، خصوصاً لدى الأطفال وصغار السن وكبار السن والأشخاص الذين يعانون من ضعف المناعة

ومن هذا المنطلق، أصبحت المختبرات الحديثة جزءاً محورياً من منظومة الاستجابة السريعة للأمراض المعدية، ولم تعد تقتصر وظيفتها على تأكيد التشخيص بعد اتخاذ القرار العلاجي

الطرق التقليدية في التشخيص المخبري

أولاً: تحليل السائل الدماغي الشوكي

يظل فحص السائل الدماغي الشوكي (CSF) الإجراء التشخيصي الأكثر أهمية في حالات الاشتباه بالتهاب السحايا

ويشمل التقييم الأولي عادة:

المظهر العام للعينة.

عدد الخلايا.

تركيز البروتين.

مستوى الجلوكوز.

المؤشرات الالتهابية الأخرى.

وتساعد هذه المعطيات في إعطاء تصور أولي عن طبيعة الالتهاب، وما إذا كان مرجحاً أن يكون جرثومياً أو فيروسياً أو ناجماً عن أسباب أخرى

إلا أن هذه المؤشرات تبقى غير نوعية في كثير من الحالات، ولا تسمح بتحديد العامل الممرض بصورة دقيقة

ثانياً: صبغة غرام

تمثل صبغة غرام إحدى أكثر الوسائل استخداماً في مختبرات الأحياء الدقيقة وتكمن أهميتها في:

السرعة.

انخفاض التكلفة.

سهولة التطبيق.

كما تسمح بإعطاء معلومات أولية حول نوع البكتيريا الموجودة في العينة

غير أن فعاليتها تتأثر بعدة عوامل، من بينها

عدد البكتيريا الموجودة في العينة.

جودة العينة.

الخبرة الفنية للفاحص.

استخدام المضادات الحيوية قبل أخذ العينة

ولذلك قد تظهر نتائج سلبية رغم وجود إصابة فعلية

ثالثاً: الزراعة البكتيرية

لطالما اعتُبرت الزراعة البكتيرية المعيار المرجعي في تشخيص التهاب السحايا الجرثومي

وتوفر هذه التقنية مزايا مهمة تشمل:

عزل المسبب المرضي.

تحديد النوع البكتيري بدقة.

إجراء اختبارات الحساسية للمضادات الحيوية

إلا أن الاعتماد الحصري على الزراعة يواجه مجموعة من القيود المهمة

فنجاح العزل يعتمد على:

حيوية الكائن الممرض.

ظروف النقل والحفظ.

توقيت جمع العينة.

عدم تلقي المريض علاجاً مسبقاً.

وفي العديد من الحالات قد تكون نتائج الزراعة سلبية رغم وجود عدوى مؤكدة سريرياً

حدود الوسائل التقليدية

تكشف الأدبيات الحديثة أن الطرق التقليدية، رغم أهميتها التاريخية والعملية، تواجه تحديات متزايدة في البيئات المعاصرة

ومن أبرز هذه التحديات:

انخفاض الحساسية التشخيصية

خصوصاً بعد بدء العلاج بالمضادات الحيوية قبل سحب العينة

بطء الحصول على النتائج

إذ تحتاج الزراعة البكتيرية إلى فترات قد تمتد لأيام

صعوبة الكشف عن بعض المسببات

خاصة الكائنات الدقيقة التي يصعب نموها مخبرياً

محدودية القدرة على التوصيف الجيني

إذ لا تسمح الطرق التقليدية بدراسة التنوع الوراثي للسلالات أو تتبع مسارات انتشارها

التقنيات الجزيئية الحديثة

أدى التطور السريع في علوم البيولوجيا الجزيئية إلى إحداث تحول جذري في تشخيص الأمراض المعدية، ومن بينها التهاب السحايا

وقد أصبح بالإمكان الكشف عن المادة الوراثية للممرضات بصورة مباشرة دون الحاجة إلى انتظار نموها في الأوساط الزرعية

تقنية تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR)

تمثل تقنية PCR نقطة التحول الأبرز في تشخيص التهاب السحايا خلال

العقـود الأخيرة
وتعتمـد على تضخيـم أجـزاء محـددة مـن المادة الوراثيـة للكائـن الممـرض، مما يسـمح بالكشـف عنـه حتـى عنـد وجـود أعـداد قليلـة جـداً مـن الخلايـا البكتيرية
وتتميز هذه التقنية بعدة خصائص:
حساسية مرتفعة.
نوعية عالية.
سرعة الحصول على النتائج.
القـدرة على الكشـف في العينـات سـالبة الـزرع

ولهـذا أصبحـت أداة أساسـية في العديـد مـن المختـبرات المرجعيـة حـول العـالم
تقنية Real-Time PCR
مثلـت هـذه التقنيـة تطـوراً إضافيـاً للتشـخيص الجزيئـي
فهـي لا تكتفـي بالكشـف عـن العامـل الممـرض، بـل تسـمح بمتابعـة عمليـة التضخيـم بصـورة آنيـة وقيـاس كميـة المادة الوراثيـة الموجـودة في العينـة
وتساعد هذه الخاصية في:
زيادة الدقة التشخيصية.
تقليل احتمالات التلوث.
تحسين سرعة الحصول على النتائج.
تقنيات التسلسل الجيني
شـهد العقـدان الأخيران توسـعاً كـبيراً في اسـتخدام تقنيـات التسلسـل الـوراثي لدراسـة مسـببات الأمـراض
وأصبح بالإمكان:
تحديد الأنماط الجينية.
دراسـة العلاقـات التطوريـة بين الـسلالات
تتبع مسارات الانتشار الوبائي.
رصـد الطفـرات المرتبطـة بالمقاومـة الدوائيـة
وقـد أسـهمت هـذه التقنيـات في تغـيير فهـم الباحـثين للتحـولات الوبائيـة التـي تشـهدها المسـببات الجرثوميـة لالتهـاب السـحايا
التشـخيص الجزيئـي ومراقبـة مقاومـة المضـادات الحيويـة
لا تقـتصر أهميـة التقنيـات الجزيئيـة على تحديـد المسـبب المـرضي فقـط
فهي تتيح أيضاً:
الكشف المبكر عن جينات المقاومة.
رصد السلالات متعددة المقاومة.
مراقبـة التـغيرات الوراثيـة المرتبطـة بالـعلاج
ويمثـل ذلـك تطـوراً مـهماً في إدارة التهاب السـحايا، حيـث يمكـن للمعلومـات الجزيئيـة أن تدعـم اتخـاذ قـرارات علاجيـة أكثر دقـة وفعاليـة

التحديـات التشـخيصية في البيئـات محـدودة المـوارد

رغم المزايا الكبيرة للتقنيات الجزيئية، فإن تطبيقها ما يزال يواجه عقبات متعددة في العديد من الدول منخفضة ومتوسطة الدخل

ومن أبرز هذه التحديات:

ارتفاع تكاليف الأجهزة والكواشف.

محدودية البنية التحتية المختبرية.

نقص الكوادر المتخصصة.

ضعف برامج الصيانة والدعم الفني.

محدودية التمويل المستدام.

وتنعكس هذه التحديات بصورة مباشرة على قدرة المختبرات المحلية على الاستفادة من التطورات العلمية الحديثة

عدن ولحج: الحاجة إلى تطوير القدرات التشخيصية

في البيئات التي تواجه تحديات بيئية وصحية متراكمة، مثل عدن ولحج، تزداد أهمية الاستثمار في تطوير القدرات التشخيصية

فالتعامل مع أمراض معقدة مثل التهاب السحايا يتطلب وجود منظومة قادرة على

التشخيص السريع.

تحديد المسببات بدقة.

رصد أنماط المقاومة.

دعم أنظمة الترصد الوبائي.

ولا يمكن تحقيق ذلك من خلال الوسائل التقليدية وحدها، مهما بلغت كفاءتها، بل يتطلب دمج التقنيات الجزيئية الحديثة ضمن البنية المختبرية الوطنية بصورة تدريجية ومدروسة

تكشف التطورات الحديثة في علوم التشخيص المخبري أن مستقبل مكافحة التهاب السحايا يعتمد بدرجة كبيرة على القدرة على الجمع بين الخبرة السريرية والتقنيات التشخيصية المتقدمة. وبينما تظل الطرق التقليدية ذات أهمية عملية كبيرة، فإن محدوديتها في بعض الحالات تجعل من الضروري توسيع استخدام التقنيات الجزيئية الحديثة، لما توفره من سرعة ودقة وقدرة على رصد المسببات وأنماط المقاومة بصورة أكثر شمولاً. وفي البيئات الحضرية الهشة، حيث تتداخل التحديات البيئية والصحية، يصبح تطوير القدرات المختبرية جزءاً أساسياً من أي استراتيجية فعالة للوقاية والسيطرة على المرض

مناقشة تحليلية تكاملية:
التهاب السحايا عند تقاطع البيئة الحضرية والمخاطر الميكروبيولوجية

يتطلب تجاوز المنظور الطبي الضيق نحو مقاربة أكثر شمولاً تأخذ في الاعتبار التفاعلات المستمرة بين البيئة والكائنات الدقيقة والإنسان

تميل الدراسات التقليدية الخاصة بالتهاب السحايا إلى التعامل مع المرض بوصفه ظاهرة سريرية ترتبط بوجود عامل ممرض محدد ينتقل إلى الإنسان ويسبب استجابة التهابية داخل الجهاز العصبي المركزي. ورغم أهمية هذا التفسير في فهم الآليات البيولوجية للمرض، فإنه لا يقدم تفسيراً كاملاً للتباينات الملحوظة في معدلات الإصابة بين البيئات المختلفة، كما أنه لا يفسر بصورة كافية أسباب استمرار المرض أو عودته في بعض المناطق رغم توفر المعرفة الطبية الأساسية حول مسبباته ووسائل الوقاية منه
وتكشف المعطيات التي استعرضتها هذه الدراسة أن التهاب السحايا لا يمكن فهمه بصورة معزولة عن السياق البيئي والاجتماعي الذي يظهر فيه، إذ تتداخل العوامل الميكروبيولوجية مع ظروف البنية التحتية والصحة العامة لتشكيل أنماط معقدة من المخاطر الصحية. ومن هذا المنطلق، فإن تحليل المرض في سياق عدن ولحج

أولاً: من المسبب الجرثومي إلى البيئة المنتجة للمخاطر

أظهرت مراجعة الأدبيات أن المسببات الجرثومية الرئيسية لالتهاب السحايا لم تتغير بصورة جذرية خلال العقود الماضية، إذ ما تزال المكورات الرئوية والمكورات السحائية والمستدمية النزلية تحتل موقع الصدارة بين العوامل المسؤولة عن المرض. غير أن ما تغير بصورة ملحوظة هو الطريقة التي يُفهم بها انتشار هذه الممرضات داخل المجتمعات
فالأبحاث الحديثة لم تعد تنظر إلى العامل الممرض باعتباره متغيراً مستقلاً، بل باعتباره جزءاً من منظومة بيئية أوسع تتأثر بعوامل الإسكان والمياه والصرف الصحي والكثافة السكانية ومستويات الفقر وإمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية
وفي هذا السياق، يمكن النظر إلى التدهور المستمر في البنية التحتية للصرف الصحي بوصفه عاملاً مساهماً

في إنتاج بيئات عالية الخطورة، حيث يزداد فيها التعرض للعوامل الممرضة وتتراجع فيها القدرة المؤسسية على احتواء المخاطر الصحية الناشئة
وبالتالي فإن السؤال الأكثر أهمية لم يعد مقتصراً على تحديد الميكروب المسؤول عن المرض، بل أصبح يتعلق بفهم الظروف التي تسمح لهذا الميكروب بالاستمرار والانتشار وإحداث العبء المرضي داخل المجتمع

ثانياً: الصرف الصحي كقضية صحية وليست خدمية فقط

تكشف الأدبيات المعاصرة عن تحول جوهري في فهم دور شبكات الصرف الصحي. فبعد أن كان يُنظر إليها باعتبارها مرفقاً خدمياً مرتبطاً بالبنية التحتية الحضرية، أصبحت اليوم تُعامل بوصفها مكوناً أساسياً من مكونات الأمن الصحي
وتتضح أهمية هذا التحول عند دراسة المدن التي تعاني من اختلالات مزمنة في إدارة المياه والصرف الصحي. ففي مثل هذه البيئات لا تقتصر نتائج التدهور على المشكلات البيئية المباشرة، بل تمتد لتؤثر في بنية المخاطر الصحية داخل المجتمع بأكمله

ومن خلال هذا المنظور، يمكن تفسير العلاقة بين طفح المجاري وتلوث البيئة وبين ارتفاع قابلية المجتمعات للتأثر بالأمراض المعدية، بما فيها الأمراض التي لا تنتقل بصورة مباشرة عبر المياه. فالتدهور البيئي المستمر يخلق ظروفاً مواتية لتراكم المخاطر الصحية وتفاعلها مع العوامل السكانية والاجتماعية الأخرى

ثالثاً: مقاومة المضادات الحيوية بوصفها نتيجة بيئية

من أبرز النتائج التي أفرزتها الأدبيات الحديثة انتقال مقاومة المضادات الحيوية من كونها قضية علاجية إلى كونها قضية بيئية أيضاً
فالبيئات التي تعاني من ضعف إدارة المخلفات السائلة وارتفاع مستويات التلوث توفر ظروفاً ملائمة لتراكم بقايا المضادات الحيوية والبكتيريا المقاومة في آن واحد. ويؤدي هذا التراكم إلى خلق ضغوط انتقائية مستمرة تسمح ببقاء السلالات الأكثر مقاومة وانتشارها

وتشير هذه المعطيات إلى أن معالجة المقاومة الدوائية لا يمكن أن تتحقق من خلال تنظيم وصف المضادات

الحيوية فقط، بل تتطلب أيضاً معالجة الظروف البيئية التي تسمح باستمرار دوران جينات المقاومة داخل المجتمع

وفي حالة التهاب السحايا، تزداد خطورة هذه الظاهرة لأن المرض يعتمد على استجابة علاجية سريعة ودقيقة، ما يجعل أي زيادة في معدلات المقاومة عاملاً مباشراً في تعقيد النتائج السريرية ورفع كلفة العلاج

رابعاً: التشخيص المخبري كحلقة مركزية في منظومة السيطرة

أظهرت المناقشة السابقة أن نجاح التدخلات العلاجية والوقائية يعتمد بدرجة كبيرة على كفاءة الأنظمة التشخيصية

ففي البيئات التي تعتمد بصورة رئيسية على الوسائل التقليدية، قد يؤدي التأخر في تحديد المسبب المرضي أو رصد أنماط المقاومة إلى إضعاف فعالية الاستجابة الصحية

كما أن محدودية البيانات المخبرية الدقيقة تنعكس بصورة مباشرة على جودة الترصد الوبائي، إذ يصبح من الصعب تتبع التحولات الميكروبيولوجية أو تقييم فعالية التدخلات الصحية بصورة علمية

ومن هنا فإن تطوير المختبرات لا ينبغي أن يُنظر إليه باعتباره قضية تقنية فحسب، بل باعتباره استثماراً استراتيجياً في الأمن الصحي والقدرة على إدارة المخاطر الوبائية

خامساً: عدن ولحج كنموذج للترابط بين البيئة والصحة

تُظهر حالة عدن ولحج بوضوح أن المشكلات الصحية لا تنشأ في فراغ. فالتحديات المرتبطة بالبنية التحتية للمياه والصرف الصحي، والضغوط السكانية، والقيود المفروضة على النظام الصحي، كلها عوامل تتفاعل فيما بينها لتشكيل واقع صحي معقد

ولا يعني ذلك بالضرورة وجود علاقة سببية مباشرة بين كل مشكلة بيئية وكل حالة مرضية، لكنه يشير إلى وجود بيئة عامة أكثر قابلية لإنتاج المخاطر الصحية واستدامتها

ومن هذا المنظور، فإن مكافحة التهاب السحايا في هذه البيئات لا يمكن أن تعتمد على العلاج والتطعيم وحدهما، بل تتطلب أيضاً معالجة المحددات البيئية التي تسهم في إعادة إنتاج الظروف الملائمة لانتشار الأمراض

سادساً: قراءة في ضوء مفهوم الصحة الواحدة

ربما يمثل مفهوم الصحة الواحدة الإطار الأكثر قدرة على استيعاب العلاقات المعقدة التي كشفت عنها هذه الدراسة

فهذا المفهوم لا يفصل بين صحة الإنسان والبيئة، بل ينظر إليهما باعتبارهما عنصرين متداخلين داخل نظام واحد

وفي ضوء هذا التصور، يصبح تدهور الصرف الصحي مشكلة صحية بقدر ما هو مشكلة بيئية، وتصبح مقاومة المضادات الحيوية قضية بيئية بقدر ما هي قضية علاجية، كما يصبح التهاب السحايا نتيجة محتملة لتفاعل مجموعة واسعة من المحددات التي تتجاوز حدود العامل الممرض نفسه

ويتيح هذا الفهم الانتقال من التدخلات الجزئية قصيرة المدى إلى استراتيجيات أكثر استدامة تعتمد على الوقاية وتحسين البيئة وتعزيز البنية التحتية وتطوير القدرات المؤسسية

دلالات الدراسة

تشير المعطيات التي جرى تحليلها إلى عدد من الدلالات المهمة

١. لا يمكن فصل الأمراض المعدية عن السياق البيئي الذي تنشأ فيه

٢. تمثل شبكات الصرف الصحي أحد المكونات الأساسية للأمن الصحي الحضري

٣. تشكل مقاومة المضادات الحيوية نتاجاً لتفاعل العوامل السريرية والبيئية معاً

٤. يمثل التشخيص المخبري المتقدم أداة مركزية لفهم التحولات الوبائية المعاصرة

٥. يوفر مفهوم الصحة الواحدة إطاراً تفسيرياً مناسباً لفهم العلاقة بين البيئة والمرض في البيئات الهشة

الاستنتاجات

تشير الأدلة العلمية التي جرى استعراضها وتحليلها إلى أن التهاب السحايا يتجاوز كونه مرضاً معدياً ناتجاً عن التعرض لمسبب جرثومي محدد، إذ يرتبط ظهوره وانتشاره بمنظومة معقدة من العوامل البيئية والصحية والاجتماعية. وقد أظهرت الدراسة أن المسببات الجرثومية الرئيسية للمرض ما تزال تمثل تحدياً صحياً مهماً، إلا أن تأثيرها لا يمكن فهمه بصورة كاملة بمعزل عن الظروف البيئية التي تؤثر في بقائها وانتشارها

كما تبين أن تدهور البنية التحتية

لـلصرف الصحـي يسـهم في زيـادة هشاشـة البيئـات الحضريـة أمـام المخاطـر الصحيـة، مـن خلال تعزيـز التلـوث البيئـي وإضعـاف الحواجـز الوقائيـة الطبيعيـة التـي تحـد مـن انتقـال العوامـل الممرضـة

وأظهـرت الدراسـة كذلـك أن مقاومـة المضـادات الحيويـة تمثـل امتـداداً لهـذه الإشـكالية، حيـث تلعـب البيئـات الملوثـة ومياـه الصرف الصحـي دوراً متزايـد الأهميـة في بقـاء الجينـات المقاومـة وانتقالهـا بين الكائنـات الدقيقـة

وأخيراً، تؤكـد الدراسـة أن التعامـل مـع التهـاب السـحايا في البيئـات الحضريـة الهشـة يتطلـب رؤيـة متكاملـة تجمع بين الصحـة العامـة والبنيـة التحتيـة والبيئـة والترصـد الوبـائي، بـدلاً مـن الاقتصـار على التـدخلات العلاجيـة التقليديـة

ممتـاز. وصلنـا الآن إلى المرحلـة الأخيرة مـن البنـاء العلمـي، وهـي المرحلـة التـي يركـز عليهـا المحكمـون عـادة بعـد المقدمـة والمنهجيـة، لأنهـا تكشـف القيمـة التطبيقيـة الحقيقيـة للبحـث

التوصيات

ينبغـي إعطـاء الأولويـة لتحديث شـبكات الصرف الصحـي في المناطـق الحضريـة التـي تعـاني مـن تكـرار حـوادث طفـح المجـاري وتلـوث البيئـة المحيطـة، باعتبار أن هـذه الشـبكات تمثـل جـزءاً أساسـياً مـن منظومـة الوقايـة الصحيـة وليسـت مجـرد مرفـق خدمـي. كما يتطلـب ذلـك اعـتماد خطـط طويلـة الأمـد للصيانـة الدوريـة والتوسـع المسـتقبلي بمـا يتناسـب مـع النمـو السـكاني والتوسـع العمـراني

تحتـاج الجهـات المختصـة إلى تطويـر آليـات مشتركـة بين القطاعـات الصحيـة والبيئيـة والبلديـة تسـمح باسـتخدام البيانـات الصحيـة والبيئيـة في تحديـد أولويـات التدخـل، بمـا يسـهم في توجيـه المـوارد نحـو المناطـق الأكثر عرضـة للمخاطـر الوبائيـة

تـوصي الدراسـة بتطويـر برامـج وطنيـة للرصـد البيئـي والصحـي تتابـع بصـورة دوريـة مـؤشرات جـودة الميـاه، ومسـتويات التلـوث، وانتشـار الأمـراض المعديـة، بمـا يتيـح الكشـف المبكـر عـن المخاطـر المحتملـة قبـل تحولهـا إلى أزمـات صحيـة واسـعة النطـاق

يمثـل الاسـتثمار في التقنيـات الجزيئيـة الحديثـة أحـد أهـم المتطلبـات المسـتقبلية لتحسين تشـخيص التهـاب السـحايا والأمـراض المعديـة الأخـرى. ولذلـك تـوصي الدراسـة بتوسـيع اسـتخدام تقنيـات التشـخيص الجزيئـي

وتوفير البنية التحتية اللازمة لتطبيقها داخل المختبرات المرجعية

من الضروري إنشاء نظام وطني موحد لتوثيق المسببات الجرثومية للأمراض المعدية وأنماط مقاومتها للمضادات الحيوية، بما يتيح متابعة التحولات الوبائية وتحديث البروتوكولات العلاجية بصورة مستمرة

ينبغي تبني سياسات أكثر صرامة لتنظيم استخدام المضادات الحيوية داخل المؤسسات الصحية والصيدليات، إلى جانب توسيع برامج التوعية المجتمعية المتعلقة بالاستخدام الرشيد للأدوية

أظهرت الأدبيات الحديثة أن تحليل مياه الصرف الصحي يمكن أن يوفر معلومات مبكرة حول انتشار الممرضات وجينات المقاومة داخل المجتمع. ولذلك توصي الدراسة بإدماج هذا النوع من المراقبة ضمن أنظمة الترصد الصحي المستقبلية

يجب تطوير آليات أكثر كفاءة للتعامل مع النفايات الطبية والسائلة الصادرة عن المؤسسات الصحية، لما تمثله من مصدر محتمل لانتشار الكائنات الدقيقة المقاومة للمضادات الحيوية

وتوصي الدراسة بتوسيع المبادرات المجتمعية التي تهدف إلى رفع الوعي بالعلاقة بين البيئة والصحة العامة، خصوصاً في المناطق التي تشهد تحديات مزمنة في خدمات المياه والصرف الصحي

تبرز الحاجة إلى تنفيذ دراسات ميدانية تعتمد على عينات مخبرية فعلية وتحليل جغرافي مكاني للعلاقة بين انتشار التهاب السحايا ومؤشرات التلوث البيئي في المحافظتين

توصي الدراسة بإجراء أبحاث متخصصة للكشف عن جينات المقاومة المنتشرة في شبكات الصرف الصحي ومصادر المياه، وتحليل علاقتها بالمسببات الجرثومية ذات الأهمية الصحية

ثمة حاجة إلى مزيد من الدراسات التي تستخدم إطار الصحة الواحدة لفهم العلاقة بين البيئة والإنسان والكائنات الدقيقة في السياقات الحضرية الهشة

تكشف العلاقة بين التهاب السحايا والتدهور البيئي الحضري عن تعقيد متزايد في طبيعة التحديات الصحية التي تواجه المجتمعات المعاصرة. فالأمراض المعدية لم تعد تُفهم بوصفها أحداثاً بيولوجية معزولة، بل أصبحت نتاجاً لتفاعلات مستمرة بين العوامل الميكروبية والبيئية والاجتماعية والمؤسسية. ومن خلال تحليل الأدبيات

العلمية المتعلقة بالمسببات الجرثومية لالتهاب السحايا، وتدهور منظومات الصرف الصحي، ومقاومة المضادات الحيوية، يتضح أن معالجة المرض تتطلب تجاوز المقاربات التقليدية التي تركز على العلاج وحده، نحو رؤية أكثر شمولاً تدمج الوقاية البيئية مع التدخلات الصحية

وتشير المعطيات التي ناقشتها الدراسة إلى أن تحسين البنية التحتية للمياه والصرف الصحي لا يمثل فقط استثماراً في الخدمات العامة، بل يعد استثماراً مباشراً في حماية الصحة وتعزيز القدرة المجتمعية على مواجهة المخاطر الوبائية. كما أن التصدي لمقاومة المضادات الحيوية يستلزم التعامل معها بوصفها قضية بيئية وصحية في آن واحد، تتطلب تعاوناً بين مختلف القطاعات المعنية بالصحة والبيئة والإدارة الحضرية

وفي ضوء ذلك، تبرز أهمية تبني مقاربات قائمة على التكامل بين العلوم الطبية والبيئية والوبائية، بما ينسجم مع المبادئ التي يقوم عليها مفهوم الصحة الواحدة. فمثل هذا النهج يوفر إطاراً أكثر قدرة على تفسير التحديات الصحية المعاصرة وصياغة استجابات مستدامة لها، خاصة في البيئات الحضرية الهشة التي تتقاطع فيها أزمات البنية التحتية مع التحديات الصحية والبيئية المتزايدة

المصادر والهوامش

1. التهاب السحايا - منظمة الصحة العالمية (WHO) https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

2. مقدمة: إرشادات منظمة الصحة العالمية لتشخيص التهاب السحايا وعلاجه ورعايته https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK614833/

3. التهاب السحايا - الموضوعات الصحية (منظمة الصحة العالمية) https://www.who.int/health-topics/meningitis

4. تأثير العوامل المناخية والبيئية على مرض المكورات السحائية https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163445305007462

5. التهاب السحايا: الأعراض والأسباب - مايو كلينك https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/meningitis/symptoms-causes/syc-20350508

6. تشخيص التهاب السحايا وإدارته العلاجية https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK614844/

7. استخدام تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR) في تشخيص التهاب السحايا الجرثومي https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4983665/

8. الطرق المخبرية لتشخيص التهاب السحايا الجرثومي - مراكز السيطرة على الأمراض (CDC) https://www.cdc.gov/meningococcal/php/bacterial-mening-lab/index.html

9. الوبائيات المكانية وتحليل بؤر الأمراض المعدية https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590170222000280

10. المياه والصرف الصحي وانتقال الأمراض المعدية في البيئات محدودة الموارد https://link.springer.com/article/10.1186/s12879-023-0845-0

11. التهاب السحايا - منظمة الصحة العالمية (النسخة العربية) https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

12. معلومات صحية حول التهاب السحايا لدى الأطفال https://www.aboutkidshealth.ca/pt/meningitis-pt

13. مقاومة المضادات الحيوية: تحدٍ عالمي للصحة العامة https://scienceportal.msf.org/assets/865

14. مياه الصرف الصحي كمستودع لمقاومة المضادات الحيوية https://www.mdpi.com/2076-2607/7/9/321

15. كفاءة الطرق المخبرية في تشخيص التهاب السحايا https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2334-13-26

16. الكشف الجزيئي عن مسببات التهاب السحايا الجرثومي https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11097028/

17. التقنيات الجزيئية الحديثة الناشئة لتشخيص التهاب السحايا الجرثومي https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772707626000597

18. إرشادات منظمة الصحة العالمية لتشخيص التهاب السحايا وعلاجه ورعايته https://www.who.int/publications/i/item/9789240108042

19. إرشادات منظمة الصحة العالمية لالتهاب السحايا (نسخة المكتبة الوطنية الأمريكية) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK614847/

20. الملخص التنفيذي لإرشادات منظمة الصحة العالمية الخاصة بالتهاب السحايا https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK614846/

21. الإدارة العلاجية الحديثة لالتهاب السحايا الحاد https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9594998/

22. التعرف على التهاب السحايا الجرثومي وتشخيصه وإدارته العلاجية (دليل NICE) https://www.nice.org.uk/guidance/ng240

23. التهاب السحايا الجرثومي - الدليل السريري لمنظمة أطباء بلا حدود

https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/CG/english/bacterial-meningitis-16689907.html

24. نهج الصحة الواحدة لرصد مقاومة المضادات الحيوية https://www.frontiersin.org/journals/water/articles/10.3389/frwa.2024.1359109/full

25. أنظمة الترصد المتكاملة لمقاومة المضادات الحيوية في إطار الصحة الواحدة https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-024-19158-6

26. مقاومة المضادات الحيوية من منظور الصحة الواحدة https://www.mdpi.com/2075-1729/15/10/1598

27. مقاومة المضادات الحيوية من منظور الصحة الواحدة (النص الكامل) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12565658/

28. رصد مقاومة المضادات الحيوية في مياه الصرف الصحي من منظور الصحة الواحدة https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40727444/

29. مراقبة مقاومة المضادات الحيوية في مياه الصرف الصحي: مراجعة عالمية https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2025.101139

30. رصد مقاومة المضادات الحيوية في مياه الصرف الصحي بالمستشفيات https://www.mdpi.com/2076-2607/13/12/2739

31. مياه الصرف الصحي بالمستشفيات كمستودع للملوثات الناشئة https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12649306/

32. التفاعل بين جينات مقاومة المضادات الحيوية والملوثات الناشئة في محطات معالجة مياه الصرف الصحي https://link.springer.com/article/10.1186/s13213-025-01814-w

33. ملخص منظمة الصحة العالمية لرصد مقاومة المضادات الحيوية في مياه الصرف الصحي والبيئة https://cdn.who.int/media/docs/default-source/wash-documents/wash-related-diseases/wes-summary-for-amr---final-1-dec.pdf

34. إطلاق أول إرشادات عالمية لتشخيص التهاب السحايا وعلاجه ورعايته https://www.hifa.org/dgroups-rss/who-launches-first-ever-guidelines-meningitis-diagnosis-treatment-and-care

35. منظمة الصحة العالمية تنشر أول إرشادات عالمية خاصة بالتهاب السحايا https://www.clinicaltrialsarena.com/analyst-comment/who-guide-lines-meningitis-diagnosis-care/

36. إرشادات عالمية جديدة لتسريع تشخيص التهاب السحايا وعلاجه https://www.contagionlive.com/view/with-its-global-bacterial-meningitis-guidelines-who-aims-to-speed-up-diagnosis-treatment

37. خارطة الطريق العالمية للقضاء على التهاب السحايا بحلول عام 2030

https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/vaccines-quality/meningitis-roadmap

38. القضاء على التهاب السحايا بحلول عام 2030: خارطة الطريق العالمية https://www.who.int/publications/i/item/9789240026407

39. مقاومة المضادات الحيوية – منظمة الصحة العالمية https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance

40. النظام العالمي لرصد مقاومة المضادات الحيوية واستخدامها (GLASS) https://www.who.int/initiatives/glass

41. الخطة المشتركة للصحة الواحدة (2022–2026) https://www.who.int/initiatives/one-health-joint-plan-of-action

42. التعريف الرسمي لمفهوم الصحة الواحدة (One Health) https://www.who.int/news/item/01-12-2021-tripartite-and-unep-support-ohhlep-s-definition-of-one-health

43. الصحة البيئية ومقاومة المضادات الحيوية: منظور الصحة الواحدة https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1182743/full

44. علم الأوبئة القائم على مياه الصرف الصحي لرصد الصحة العامة https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048969722043388

45. مقاومة المضادات الحيوية في محطات معالجة مياه الصرف الصحي: مراجعة علمية https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0043135422008123

46. الآليات الميكروبية لمقاومة المضادات الحيوية https://journals.asm.org/doi/10.1128/cmr.00116-19

47. التهديد العالمي لمقاومة المضادات الحيوية https://www.nature.com/articles/s41579-022-00772-y

48. التطورات الحديثة في تشخيص وعلاج التهاب السحايا الجرثومي https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(22)00538-2/fulltext

49. العبء العالمي لالتهاب السحايا واستراتيجيات الوقاية منه https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00425-8/fulltext

50. الانتشار البيئي لجينات مقاومة المضادات الحيوية https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2023.1192391/full-text

واقع الشباب بين الأزمات المعيشية وتفشي الإدمان..

دراسة في الأبعاد الاقتصادية والنفسية والاجتماعية لظاهرة المخدرات

□ د. هناء صالح البان

اكاديمية وباحثة مقيمة لدى مؤسسة اليوم الثامن للإعلام والدراسات

ملخص البحث

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن العلاقة التفاعلية بين الأزمات المعيشية والعجز المكتسب والوصمة الاجتماعية والتدخلات التأهيلية في تفسير السلوك الإدماني والتعافي منه لدى عينة من الشباب اليمني، في ضوء نموذج نفسي-اجتماعي-تنموي متكامل.

في إطار التحليل الذي قدمه هذا البحث لظاهرة الإدمان ضمن سياق الأزمات المعيشية، يتبين أن هذه الظاهرة لا تُفهم بوصفها سلوكًا فرديًا منعزلًا، وإنما باعتبارها نتيجة لتشابك عوامل اقتصادية ونفسية واجتماعية وصحية تتفاعل فيما بينها لتغذية استمرارها وتوسعها. وقد أوضح التحليل أن تفاقم البطالة وتدهور الأوضاع المعيشية يشكلان نقطة الانطلاق الأساسية لهذه الظاهرة، إذ يفرزان حالة من الإحباط وفقدان الأمل لدى الشباب، تنعكس نفسيًا في صورة شعور بالعجز واليأس، الأمر الذي قد يدفع بعضهم إلى سلوكيات هروبية يأتي الإدمان في مقدمتها

كما أظهرت النتائج أن آثار الإدمان تتجاوز الفرد لتطال البنية الأسرية والمجتمعية، حيث يسهم في إضعاف العلاقات داخل الأسرة، وإعادة تشكيل الأدوار بشكل مضطرب، إلى جانب تآكل الروابط الاجتماعية وتراجع مستويات الثقة داخل المجتمع المحلي، مما يؤدي إلى ارتفاع الإحساس بانعدام الأمان وظهور بعض الأنماط الجرمية المرتبطة بهذه الظاهرة.

وفي المقابل، أشارت المعطيات إلى وجود قصور في الخدمات العلاجية المتاحة، إضافة إلى استمرار الوصمة الاجتماعية التي تمثل عائقًا أمام طلب المساعدة وتؤخر فرص التدخل المبكر والعلاج الفعّال

وانطلاقًا من ذلك، يخلص البحث إلى أن معالجة ظاهرة الإدمان تتطلب تبني مقاربة شمولية متكاملة، تقوم على الدمج بين التدخلات الاقتصادية الداعمة، والبرامج النفسية العلاجية، والتماسك الاجتماعي، والتوعية المجتمعية والإعلامية، إلى جانب تطوير المقاربات القانونية نحو النموذج العلاجي بدل الاقتصار على الردع. وبناءً عليه، فإن الإدمان يُعد حالة مرضية مزمنة ذات أبعاد متعددة، لا يمكن الحد منها إلا من خلال منظومة متكاملة تستهدف الوقاية والعلاج وإعادة الإدماج الاجتماعي بصورة متوازنة

وفي المحصلة النهائية، يؤكد هذا البحث أن فاعلية السياسات الرامية إلى الحد من الإدمان ترتبط بقدرتها على معالجة الأسباب الجذرية للظاهرة، وليس الاكتفاء بمواجهة نتائجها، مع ضرورة تحقيق التكامل بين مختلف القطاعات ذات العلاقة، بما يضمن تحويل المتعافين من حالات إقصاء اجتماعي إلى أفراد فاعلين ومنتجين داخل المجتمع، الأمر الذي يسهم في تقليل الآثار الاقتصادية والاجتماعية والإنسانية للإدمان على المدى الطويل

Abstract

The present study aimed to examine the interactive relationship between living crises, learned helplessness, social stigma, and rehabilitation interventions in explaining addictive behavior and recovery among a sample of Yemeni youth, within an integrated psycho-socio-developmental model.

Within the analytical framework presented in this research on the phenomenon of addiction in the context of livelihood crises, it becomes evident that this phenomenon cannot be understood as an isolated individual behavior. Rather, it is the outcome of an intricate interaction between economic, psychological, social, and health-related factors that collectively reinforce its persistence and expansion. The analysis shows that the worsening of unemployment and the deterioration of living conditions constitute the primary starting point of this phenomenon, as they generate a state of frustration and loss of hope among young people. This is psychologically reflected in feelings of helplessness and despair, which may push some individuals toward escape-oriented behaviors, with addiction being one of the most prominent.

The findings also revealed that the effects of addiction extend beyond the individual to affect both family and community structures. It contributes to weakening family relationships, disrupting role distribution within the household, and eroding social bonds along with declining levels of trust within the local community. This leads to an increased sense of insecurity and the emergence of certain criminal patterns associated with the phenomenon. In contrast, the data indicate deficiencies in available treatment services, in addition to the persistence of social stigma, which acts as a barrier to seeking help and delays early intervention and effective treatment.

Accordingly, the study concludes that addressing the phenomenon of addiction requires the adoption of a comprehensive and integrated approach that combines supportive economic interventions, psychological treatment programs, social cohesion measures, and community and media awareness initiatives, alongside the development of legal approaches toward a treatment-based model rather than relying solely on punitive measures. Consequently, addiction is considered a chronic, multifaceted disorder that can only be mitigated through an integrated system aimed at prevention, treatment, and balanced social reintegration.

Ultimately, this research confirms that the effectiveness of policies aimed at reducing addiction depends on their ability to address the root causes of the phenomenon rather than merely dealing with its consequences. It also emphasizes the necessity of achieving integration among all relevant sectors, ensuring that recovered individuals are transformed from socially excluded cases into active and productive members of society. This, in turn, contributes to reducing the long-term economic, social, and human impacts of addiction.

مقدمة البحث

تُشكل مرحلة الشباب العمود الفقري لأي مجتمع، فهي مرحلة القوة والإنتاج والإبداع وبناء المستقبل. وفي هذه المرحلة تتحدد ملامح الشخصية وتتشكل الهوية وتُبنى الطموحات التي تقود الأوطان نحو النهضة أو الانحدار. غير أن هذه الفئة العمرية، رغم ما تملكه من طاقة كامنة، تظل الأكثر هشاشة أمام التحولات الاقتصادية والاجتماعية العنيفة، والأكثر عرضة للانهيار إذا غابت فرص التمكين وضاقت آفاق المستقبل. ومن أشد المخاطر التي تهدد كيان الشباب وتقوض دورهم التنموي في العصر الحديث: ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها

إن الإدمان لم يعد يُصنف اليوم في الأدبيات العلمية الحديثة كسلوك منحرف أو ضعف أخلاقي فردي، بل أصبح يُعرف بوصفه «اضطرابًا دماغيًا مزمنًا معقدًا وقابلًا للانتكاس»، وفقًا لتعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية. وهذا التعريف يُخرج الظاهرة من دائرة الوعظ الأخلاقي المجرد، ويدخلها إلى دائرة التحليل العلمي المتعدد الأبعاد. فالإدمان ظاهرة «عابرة للحدود» بطبيعتها: تبدأ بتأثير كيميائي على خلية عصبية، وتنتهي بانهيار منظومة قيمية في مجتمع كامل. ولذلك فإن أي محاولة لفهمها أو معالجتها عبر بُعد واحد هي محاولة قاصرة ومحكوم عليها بالفشل. ((1))

ينطلق هذا البحث من إشكالية مركزية مفادها أن «تفشي الإدمان بين الشباب ليس سببًا أوليًا بقدر ما هو عرض مركب لأزمات بنيوية، لكنه يتحول بسرعة إلى سبب لأزمات أكثر تعقيدًا». فهو يقع في قلب دائرة مفرغة: تُنتجه الأزمات المعيشية، ثم يعيد هو إنتاجها بصورة أشد وأوسع. ((2)) ولفك هذه الدائرة، يعتمد البحث منهجية تحليلية تكاملية تقوم على تفكيك الظاهرة إلى أربعة محاور أساسية، يمثل كل محور منها حلقة سببية تقود إلى الأخرى، ولا يمكن فهم الظاهرة إلا برؤيتها جميعًا كسلسلة واحدة: أولًا: المحور الاقتصادي - المدخل البنيوي للظاهرة. ثانيًا: المحور النفسي - الميكانيزم الداخلي للسقوط. ثالثًا: المحور الاجتماعي - الحصاد المر للظاهر. رابعًا: المحور العلاجي - مسار كسر الدائرة المفرغة.

إن القيمة العلمية لهذا البحث تكمن في ربط المحاور الأربعة برباط سببي واحد. فالسيناريو يسير كالآتي: أزمة اقتصادية ← تنتج إحباطًا نفسيًا ← يدفع نحو التعاطي ← يدمر الدماغ ← فيفكك الأسرة وينشر الجريمة ← مما يعمق الأزمة الاقتصادية الأولى. وأي تدخل يتجاهل حلقة من هذه السلسلة سيُفشل الحلقات الأخرى. فلا جدوى من علاج نفسي لشاب سيعود إلى البطالة، ولا جدوى من توظيف مدمن لم يُعالج دماغه، ولا جدوى من الاثنين معًا إذا عادا إلى مجتمع يصمهما ويرفضهما. ((3))

وخلاصة القول، إن هذا البحث يسعى إلى نقل النقاش حول المخدرات من مستوى «الخطيئة الفردية» إلى مستوى «الأزمة التنموية الشاملة». فالشباب المتعاطي ليسوا مجرمين بالفطرة، بل

(1) مكتب الأمم المتحد المعني بالمخدرات والجريمة. (٢٠٢٤) التقرير العلمي للمخدرات ٢٠٢٤: الملخص التنفيذي. فيينا: UNODC

(2) جامعة نايف العربية للعلوم الأمنيةز (٢٠٢٣). التثير العربي الحادي عشر للمخدرات: اتجاهات التعاطي في المنطقة العربية. الرياض: مركز البحوث والدراسات الأمنية.

(3) وزارة الصحة العامة والسكان. (٢٠٢٣). الاسترتيجية الوطنية للصحة النفسية ٢٠٢٣- ٢٠٢٧: تحليل الوضع الراهن. عدن: وزارة الصحة.

هـم ضحايـا اختـلال مركـب، وهـم في الوقـت ذاتـه مشـاريع متعـافين يمكنهـم العـودة ليكونـوا بنـاة إذا مـا توفـرت الإرادة السياسـية لتبنـي «المقاربـة التكامليـة» التـي تعالـج الاقتصـاد والنفـس والمجتمـع معًـا. فمسـتقبل الأوطـان لا يُقـاس بثرواتهـا الطبيعيـة، بـل بسلامـة عقـول شـبابها

أهمية البحث

تتـجلى أهميـة هـذا البحـث في أنـه لا يعالـج ظاهـرة الإدمـان بمعـزل عـن واقـع الشـباب، بـل يربطهـا مبـاشرة بالأزمـات المعيشـية الخانقـة، موضحًـا أن البطالـة وتدهـور فـرص العمـل يسـهمان بشـكل كـبير في دفـع الشـباب نحـو الإدمـان كوسـيلة للهـروب، وهـو مـا يكشـف أن المشـكلة أعمـق مـن مجـرد سـلوك منحـرف، إذ تمتـد لتشـمل كلفـة اقتصاديـة صامتـة تسـتنزف دخـل الأسر وتزيـد مـن حـدة الفقـر والعـوز. كما يبرز البعـد النـفسي مـن خلال توضيـح كيـف يؤدي الإحبـاط واليـأس الناتجـان عـن انسـداد الأفـق إلى البحـث عـن متنفـس، فتتحـول المخـدرات إلى ملاذ مدمـر يفاقـم تدهـور الصحـة النفسـية بـدل معالجتهـا، وهـو مـا يمنـح البحـث قيمـة مهمـة في نقـل النظـرة مـن اللـوم والوصـم إلى فهـم الدوافـع الحقيقيـة. ولا تكتمـل الصـورة دون التطـرق إلى البعـد الاجتماعـي، حيـث يوضـح تـأثير الإدمـان على تفـكك الروابـط الأسريـة، وارتفـاع معـدلات الجريمـة، وتذبـذب نظـرة المجتمـع بين الوصمـة والاحتـواء، بمـا يهـدد تماسـك المجتمـع ككل، مؤكـدًا أن الإدمـان ليـس قضيـة فرديـة بـل أزمـة مجتمعيـة. ومـن هنـا تبرز أهميـة الجانـب العلاجـي الـذي يقدمـه البحـث مـن خلال طـرح تدخـل متكامـل يجمـع بين الدعـم المادي لتخفيـف الضغـوط، والتأهيـل النـفسي لإعـادة بنـاء الفـرد، والتوعيـة المجتمعيـة لـكسر دائـرة الوصـم وتعزيـز الاحتـواء، وبذلـك يقـدم رؤيـة شـاملة تعالـج جـذور المشـكلة وآثارهـا بـدل الاكتفـاء بمظاهرهـ .

مشكلة البحث

تتمثـل مشـكلة البحـث في «التـفشي المتسـارع لظاهرة تعاطـي المخـدرات والإدمـان في أوسـاط الشـباب، وارتباطهـا البنيـوي بالأزمـات المعيشـية والاقتصاديـة والاجتماعيـة، ومـا يترتـب عليهـا مـن آثـار تدميريـة متعـددة الأبعـاد، في ظـل قصـور المقاربـات التقليديـة الأحاديـة في تفـسير الظاهـرة والحـد منهـا»

وتتفـرع هـذه المشـكلة الرئيسـية إلى مجموعـة مـن التسـاؤلات الإشـكالية التـي تمثـل جوهـر الفجـوة البحثيـة التـي يسـعى البحـث لسـدها والتـي تتمثـل في التعـرف على طبيعـة العلاقـة السـببية بين متـغيري «البطالـة وتدهـور القـوة الشرائيـة» ومتـغير «اللجـوء إلى المخـدرات» بوصفـه سـلوكًا للهـروب مـن الواقـع؟ وإلى أي مـدى يسـهم الإدمـان في تعميـق الأزمـة الاقتصاديـة الأصليـة عبر تحويـل الشـاب مـن طاقـة إنتاجيـة إلى عـبء مـادي يسـتنزف دخـل الأسرة ومـوارد الدولـة.

وكذلـك على المسـتوى النـفسي، كيـف تتحـول الأزمـات المعيشـية إلى «إحبـاط ويـأس» و«عجـز مكتسـب» يمهـد الطريـق للتعاطـي. والتعـرف على الآليـات العصبية-البيولوجيـة التـي تـؤدي بالمخـدرات إلى «اختطـاف» نظـام المكافـأة في الدمـاغ، وتـدمير الوظائـف التنفيذيـة العليـا المسـؤولة عـن الكبـح الأخلاقـي واتخـاذ القـرار، وإنتـاج اضطرابـات ذهانيـة ومزاجيـة مزمنـة.

بالإضافـة الى ذلـك على المسـتوى الاجتماعـي، كيـف ينتقـل ضرر الإدمـان مـن الفـرد إلى الأسرة فيـؤدي إلى تفـكك روابطهـا الوظيفيـة الاقتصاديـة والتربويـة

والنفسية. والكشف عن المسارات التي تربط بين تفشي الإدمان وزيادة معدلات الجريمة المجتمعية. وكيف تسهم «الوصمة الاجتماعية» في تكريس الظاهرة عبر دفع المتعاطي نحو العزلة والانتكاس بدلًا من الاحتواء والعلاج.

ولعلاج ظاهرة الإدمان بكل جوانبها، يتطرق البحث الى معرفة لماذا فشلت المقاربات الأحادية، الأمنية أو الوعظية، في كسر دائرة الإدمان. ومن ثم التعرف على مقومات «التدخل المتكامل» الذي يربط بين الدعم المادي المتمثل في التشغيل والعلاج المجاني، والتأهيل النفسي المتخصص، والتوعية المجتمعية القائمة على تفكيك الوصمة وتجفيف منابع الترويج؟

إن جوهر المشكلة البحثية يكمن في أن الإدمان يُعامل في كثير من السياسات والبرامج كـ«مشكلة أمنية» أو «أخلاقية» فحسب، بينما تشير المؤشرات إلى أنه «مشكلة تنموية مركبة» ذات جذور اقتصادية ونفسية، وذات مخرجات اجتماعية كارثية. وهذا الاختزال في التشخيص يؤدي إلى اختزال في العلاج، مما يفسر استمرار الظاهرة وتفاقمها رغم الجهود المبذولة

أهداف البحث

كشف العلاقة بين المتغيرات الاقتصادية وظاهرة الإدمان من خلال تحليل أثر البطالة وتدهور العملة وغلاء المعيشة في دفع الشباب نحو تعاطي المخدرات

تقدير الكلفة المادية للإدمان على مستوى الأسرة والمجتمع والذي يتجلى في تحديد حجم الاستنزاف المباشر لدخل الأسر، وحصر التكاليف غير المباشرة المتمثلة في العلاج، وضياع الفرص التنموية.

تفسير البُعد النفسي كحلقة وسيطة في سلسلة الإدمان من خلال توضيح كيفية تحول الإحباط واليأس والعجز المكتسب الناتج عن الأزمات المعيشية إلى دافع للتعاطي

تشخيص الأثر الاجتماعي للإدمان على البنية الأسرية من خلال بيان مظاهر تفكك الروابط الأسرية من النواحي الاقتصادية والتربوية والعاطفية

ربط تفشي الإدمان بارتفاع معدلات الجريمة المجتمعية ويتجلى ذلك في تحليل العلاقة بين التعاطي والجريمة.

دراسة أثر النظرة المجتمعية في تفاقم الظاهرة أو انحسارها من خلال المقارنة بين نتائج نموذج «الوصمة والعزل» الذي يكرس الانتكاس والجريمة، ونموذج «الاحتواء والعلاج» الذي يرفع نسب التعافي ويُفكك ثقافة الإدمان

تقديم نموذج تدخل علاجي متكامل ويتمثل في صياغة مقترح علمي يجمع بين الدعم المادي المتمثل في التشغيل وتغطية تكاليف العلاج، والتأهيل النفسي والتوعية المجتمعية الهادفة مع احتواء المتعاطي

منهجية البحث

منهج وصفي تحليلي يعتمد على المسح الميداني (الاستبيان)

المحور الأول

اقتصاديا ويشمل العلاقة بين البطالة وتدهور العملة وبين الهروب نحو الإدمان، والتكلفة المادية لاستنزاف دخل الأسرة.

يُعد البُعد الاقتصادي المدخل التأسيسي لفهم ظاهرة الإدمان في أوساط الشباب، إذ لا يمكن تحليل هذه الظاهرة بمعزل عن السياق المعيشي الذي ينشأ فيه الفرد. فالأزمات الاقتصادية لا تؤثر في مستوى الدخل فحسب، بل تضرب في عمق البناء النفسي والاجتماعي للإنسان، مما يجعل

المخدر خيارًا «عقلانيًا» في ظل اللاعقلانية الاقتصادية المحيطة. ([4]) ويقوم هذا المحور على ثلاثة أركان مترابطة

أولا: البطالة بوصفها عاملا مُمَهِّدًا للتعاطي: تفكيك العلاقة السببية

1. الفراغ البنيوي وغياب المعنى: المدخل النفسي-اقتصادي للإدمان

إن العمل في جوهره ليس وسيلة لكسب الرزق فقط، بل هو آلية لتنظيم الزمن، ومنح الحياة معنى، وتحقيق الذات. وتُشير نظريات علم الاجتماع الاقتصادي إلى أن الوظيفة تمنح الفرد ثلاثة أصول غير مادية: «رأس المال الزمني» المتمثل في جدول يومي منضبط، و«رأس المال النفسي» المتمثل في الإحساس بالإنجاز وتقدير الذات، و«رأس المال الاجتماعي» المتمثل في شبكة العلاقات المهنية. ([5])

إن الشاب العاطل عن العمل يُحرم من هذه الأصول الثلاثة دفعة واحدة. فيتحول يومه إلى فراغ ممتد يولد ما يسمى بـ«اكتئاب البطالة»، وهو حالة من الخمول واللامبالاة وفقدان الدافعية. وفي ظل هذا الفراغ، يصبح الشاب أكثر قابلية للاستجابة للمؤثرات الخارجية السلبية، وعلى رأسها دعوة رفاق السوء إلى «التجربة»، التي تُقدم له بوصفها وسيلة لكسر الرتابة وملء الفراغ. وبذلك يتحول الفراغ من مجرد غياب للعمل إلى بيئة حاضنة ومحفزة للسلوك الانحرافي

2. سلب الهوية الاجتماعية والقيمة الذاتية: من «المواطن المنتج» إلى «العبء»

في معظم المجتمعات، تُستمد المكانة الاجتماعية للفرد من مهنته. فالوظيفة هي بطاقة التعريف الأولى التي يقدم بها الإنسان نفسه. وعندما يُسأل الشاب العاطل: «ماذا تعمل؟» ويعجز عن الإجابة، فإنه يتعرض لما يسميه عالم الاجتماع إرفنج جوفمان «الوصمة الاجتماعية»، أي الانتقال من وضع اجتماعي مقبول إلى وضع مُشين. إن هذا الشعور بالنقص والدونية يتعمق مع تكرار مواقف الرفض في مقابلات العمل، ومع نظرات الشفقة أو اللوم من المحيطين. وتشير الدراسات إلى أن البطالة طويلة الأمد تؤدي إلى «تآكل مفهوم الذات»، حيث يستبطن الفرد صورة «الفاشل» و«العاطل» عن نفسه. وهنا يأتي المخدر ليقدم هوية بديلة جاهزة وسريعة: «المتعاطي»، «صاحب الكيف». وهي هوية تمنحه قبولًا فوريًا داخل جماعة جديدة لا تحاسبه على شهادته أو راتبه، بل على قدرته على «المجارة» و«الشراء». فالبطالة تسلبه قيمته الحقيقية، والمخدر يمنحه قيمة زائفة مؤقتة، لكنها كافية لملء الفراغ النفسي الذي خلفه العجز الاقتصادي. ([6])

3. الأثر على الاقتصاد الكلي: من استثمار مُعطل إلى تكلفة مستدامة

تُنفق الدول مئات الآلاف على تعليم

---

(4) البنك الدولي. (٢٠٢٤). مرصد الاقتصاد اليمني: تداعيات الحرب على سبل العيش – ربيع ٢٠٢٤ز واشنطن: مجموعة البنك الدولي.

(5) الحارثي، م. ع. (٢٠١٩). البطالة وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى الشباب: دراسة ميدانية على عينة من المتعافين في المملكة العربية السعودية. _ المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، ٣٥_ (٧١) ، ١١٥- ١٥٨.

(6) Azagba, S., Shan, L., & Latham, K. (2021). Unemployment and substance Use: An updated review of studies from North - American and Europe. _ Healthcare, 9_(9), 1182. Doi.org

وتدريب كل شاب حتى يصل إلى سن العمل. ووفقًا لنظرية «رأس المال البشري»، فإن هذا الإنفاق يُعد استثمارًا يُتوقع أن يعود على الاقتصاد الوطني عبر الإنتاج والضرائب والابتكار. وعندما يتحول الشاب إلى مدمن عاطل عن العمل، فإن هذا الاستثمار لا يتوقف فحسب، بل يتحول إلى «تكلفة غارقة».

فبدلًا من أن يسهم في الناتج المحلي الإجمالي، يصبح عنصرًا مستهلكًا لموارد الدولة: يشغل سريرًا في مستشفى، ويستهلك موارد أمنية وقضائية، ويستنزف برامج الرعاية الاجتماعية. إن تدني الإنتاجية الناتج عن تفشي الإدمان بين الشباب يؤدي إلى خسارة مزدوجة: خسارة ما كان يمكن أن ينتجه، وإضافة ما يجب أن يُنفق عليه. وبهذا تتحول الأيدي العاملة، التي هي محرك التنمية، إلى عبء بنيوي يعرقلها.([7])

ثانيًا: تدهور العملة وغلاء المعيشة: كيف يصبح «المخدر الرخيص» هو الخيار الأغلى

1. انهيار القوة الشرائية وتآكل الأمل: الاقتصاد السياسي لليأس

عندما تتدهور قيمة العملة الوطنية، فإن أول ما ينهار هو «العقد الاجتماعي الضمني» بين الفرد والدولة، والقائم على فكرة أن العمل الجاد سيؤدي إلى حياة كريمة. فالشاب يرى راتب والده، الذي كان يكفي لتوفير حياة متوسطة، وقد أصبح عاجزًا عن تغطية الاحتياجات الأساسية. ويرى مدخراته تتبخر، وأحلامه في الزواج والاستقلال تتباعد.

إن هذا الواقع يولد ما يمكن تسميته «اليأس الاقتصادي البنيوي»، وهو قناعة راسخة بأن المستقبل مغلق، وأن أي جهد فردي لن يجدي نفعًا في مواجهة انهيار المنظومة. وفي ظل هذا اليأس، يفقد «الثمن المستقبلي» للسلوكيات المدمرة قيمته. فلماذا يمتنع عن المخدر خوفًا على مستقبله، إذا كان يعتقد أصلًا أنه لا مستقبل له؟ هنا يصبح المخدر سلوكًا متسقًا مع معطيات الواقع من وجهة نظر الشاب اليائس. ([8])

2. مرونة سوق المخدرات وتكيّفها مع الفقر: اقتصاد الجريمة

يتميز سوق المخدرات بدرجة عالية من المرونة والقدرة على التكيف مع المتغيرات الاقتصادية. فعندما تتدهور القوة الشرائية، لا ينسحب المروجون من السوق، بل يغيرون استراتيجيتهم عبر «إغراق» الأحياء الفقيرة بمواد مخدرة رخيصة الثمن وشديدة الخطورة، مثل الشبو والكبتاجون المغشوش.

إن السعر المنخفض لهذه المواد يجعلها في متناول الشاب العاطل، حيث قد يكون ثمن الجرعة أقل من ثمن وجبة غذائية. وهنا تظهر المفارقة القاتلة: إن الفقر لا يمنع الإدمان، بل يوجهه نحو الأنواع الأكثر فتكًا بالجهاز العصبي والأسرع في إحداث الإدمان. فالشاب الذي لا يملك ثمن الدواء،

(7) محمد، إبراهيم عبدالله عبدالرؤوف (2017). اقتصاد المعرفة والاستثمار في رأس المال البشري. دار الجامعة الجديدة

(8) World Health Organization. (2016). Preliminary estimates of the economic implications of addiction in the United Arab Emirates. Eastern Mediterranean Health Journal, 22(10), 731–739.

يملك ثمن السم، لأن السوق السوداء أكثر كفاءة في الوصول إليه من نظام الرعاية الصحية

3. مفارقة الوصول: المخدر للجميع والعلاج للأغنياء

إن تدهور العملة يخلق مفارقة مأساوية: ففي الوقت الذي يصبح فيه الحصول على المخدر أسهل وأرخص، يصبح الحصول على العلاج أصعب وأغلى. إن تكلفة برنامج سحب السموم والتأهيل النفسي لشهر واحد قد تعادل دخل أسرة كاملة لسنة. وبما أن معظم أنظمة التأمين الصحي لا تغطي علاج الإدمان، أو تغطيه جزئيًا، فإن الأسر تجد نفسها أمام معادلة مستحيلة: إطعام أبنائها، أم علاج ابنها المدمن.

إن هذا الواقع يعني أن تدهور العملة لا يسهم في خلق مدمنين جدد فحسب، بل يضمن بقاء المدمنين القدامى في دائرة التعاطي، لأنه يسد أمامهم باب الخروج الوحيد. وبذلك تتحول الأزمة الاقتصادية من سبب للإدمان إلى عائق أمام علاجه، مما يكرس الظاهرة ويجعلها مزمنة

ثالثًا: التكلفة المادية لاستنزاف دخل الأسرة: تحليل المستويات الثلاثة للخسارة

1. التكلفة المباشرة: التصاعد الهندسي للإنفاق على التعاطي

لا يمثل الإدمان إنفاقًا ثابتًا، بل هو «تكلفة تصاعدية» بطبيعتها البيولوجية. فمع تعود الجسم على المخدر، يحتاج إلى جرعات أكبر للوصول إلى التأثير نفسه، فيما يُعرف بظاهرة «التحمل». ويمكن تتبع هذا التصاعد عبر ثلاث مراحل

- مرحلة التجريب: إنفاق محدود ومتقطع، غالبًا من المصروف الشخصي
- مرحلة التعود: يتحول الإنفاق إلى بند يومي ثابت، ويبدأ في مزاحمة الاحتياجات الأساسية
- مرحلة الإدمان الكامل: يصبح الحصول على المخدر هو الأولوية المطلقة، فيتجاوز الإنفاق عليه كل دخل متاح، مما يدفع المدمن إلى الاستدانة، ثم بيع ممتلكات المنزل، ثم اللجوء إلى الجريمة. وبذلك يتحول دخل الأسرة كاملًا إلى وقود لاستمرار الإدمان

2. التكلفة غير المباشرة: الفاتورة الخفية التي تدفعها الأسرة

إن ثمن المخدر هو أصغر جزء من الفاتورة التي تدفعها الأسرة. أما الجزء الأكبر فيتمثل في

- التكلفة الصحية:

إن المخدرات تدمر أجهزة الجسم الحيوية، ولا سيما الكبد والكلى والقلب والجهاز العصبي. فتتحمل الأسرة تكاليف غسيل الكلى، وعمليات القلب، وعلاج الأمراض النفسية والعقلية الناتجة عن التعاطي، وهي تكاليف مستمرة ومرهقة

- التكلفة القانونية والأمنية:

تشمل أتعاب المحاماة، والكفالات، والغرامات في حال القبض على الابن. كما تشمل خسائر ممتلكات الجيران التي يسرقها لتوفير ثمن الجرعة، مما يضع الأسرة في صراعات اجتماعية

- تكلفة الفرص البديلة الضائعة:

وهي التكلفة الأكثر فداحة. فالأموال التي تُنفق على علاج المدمن كان يمكن أن تُستثمر في تعليم بقية الأبناء، أو في تحسين السكن، أو في إنشاء مشروع صغير. إن وجود مدمن في الأسرة يعني تجميد التطور الاجتماعي والاقتصادي لها بأكملها. ([9])

3. التكلفة على الاقتصاد الكلي: الخسارة الوطنية المركبة

عندما تتجمع الخسائر الفردية والأسرية، فإنها تتحول إلى خسارة وطنية لها ثلاثة أبعاد

- خسارة في جانب العرض:

تتمثل في نقص القوة العاملة المنتجة، وانخفاض متوسط إنتاجية العامل، وتراجع الابتكار. فالشاب المدمن هو طاقة معطلة

- خسارة في جانب الإنفاق العام:

تتمثل في تضخم بنود الإنفاق غير المنتج في الموازنة العامة، مثل موازنات السجون، والمستشفيات، وأجهزة المكافحة. وهي أموال تُقتطع من بنود التعليم والصحة والبنية التحتية

- خسارة في جانب الاستثمار:

إن تفشي الإدمان وما يصاحبه من ارتفاع معدلات الجريمة يخلق «بيئة طاردة للاستثمار». فرأس المال جبان بطبعه، ولا يستقر في بيئة غير آمنة. وهكذا تنتج حلقة مفرغة: الأزمة الاقتصادية تسبب الإدمان، والإدمان يعمق الأزمة الاقتصادية عبر طرد الاستثمار وزيادة البطالة. ([10])

إن العلاقة بين الاقتصاد والإدمان ليست علاقة خطية بسيطة، بل هي «دائرة مغلقة ذاتية التغذية». فالأزمة الاقتصادية المتمثلة في البطالة وتدهور العملة تنتج الإحباط والفراغ، وهما يوفران الحاضنة النفسية للهروب نحو المخدر. والمخدر بدوره يدمر قدرة الشاب على العمل، ويستنزف دخل أسرته، ويرفع فاتورة الإنفاق الحكومي، مما يفاقم الأزمة الاقتصادية الأصلية.

وعليه، فإن أي مقاربة علاجية أو وقائية تتجاهل البعد الاقتصادي هي مقاربة قاصرة. فلا يمكن إقناع شاب بالابتعاد عن المخدر وهو لا يملك وظيفة تمنحه كرامة، ولا يمكن إقناع أسرة بعلاج ابنها وهي لا تملك ثمن الدواء. لذا فإن المدخل الأول لكسر هذه الدائرة هو «التدخل الاقتصادي»، عبر سياسات التشغيل، ودعم المشاريع الصغيرة للمتعافين، وجعل علاج الإدمان حقًا مكفولًا، لأن توفير الوظيفة والعلاج هو أقوى خطاب توعوي يمكن تقديمه

المحور الثاني
نفسيا ويتمثل في الآثار النفسية الناتجة عن الإحباط واليأس لدى الشباب، وكيف تؤدي المخدرات إلى تدمير الصحة الذهنية

يمثل البُعد النفسي الحلقة الوسيطة في

(9) ربيع، عفاف عبد الكريم. (2019). الآثار الاقتصادية والاجتماعية للمخدرات على التنمية البشرية في الدول العربية. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

(10) الجهاز المركزي للإحصاء. (٢٠٢٤) الكتاب الاحصائي السنوي ٢٠٢٣: الفصل الثامن – إحصاءات الشباب والبطالة. صنعاء: الجهاز المركزي للإحصاء.

سلسلة العلاقات السببية لظاهرة الإدمان. فإذا كان البُعد الاقتصادي يمهد الأرضية، فإن البُعد النفسي هو الذي يفسر لماذا يلجأ بعض الأفراد إلى المخدر دون غيرهم، وكيف يتحول التعاطي العرضي إلى اعتماد مرضي. إن فهم هذا المحور يتطلب تحليلًا على مستويين: الأول يتعلق بالحالة النفسية التي تسبق التعاطي وتُسهله، والثاني يتعلق بالآثار التدميرية للمخدر على البنية الذهنية بعد حدوثه

أولا: الإحباط واليأس كأرضية نفسية ممهدة للتعاطي

1. الميكانيزم النفسي لنشوء الإحباط في سياق الأزمات المعيشية

يُعرّف الإحباط في علم النفس بأنه الحالة الانفعالية التي تنشأ عند وجود عائق يحول بين الفرد وتحقيق هدف ذي قيمة. وفي حالة الشباب، تتمثل الأهداف الجوهرية في تحقيق الاستقلال المادي عبر العمل، وتكوين أسرة، وامتلاك مسكن. وعندما تصطدم هذه الأهداف بواقع البطالة البنيوية وتآكل القوة الشرائية، تتكون لدى الشاب «خبرة الفشل المتكرر»

إن تكرار هذه الخبرة يؤدي إلى ظهور ما أطلق عليه عالم النفس مارتن سليجمان «العجز المكتسب». وهو حالة معرفية-انفعالية يصل فيها الفرد إلى قناعة راسخة بأن سلوكه لا يؤثر في مخرجات حياته، وأن بذل الجهد لا يختلف عن عدمه. فيتوقف عن المحاولة، ويدخل في حالة من اللامبالاة والخمول. وتصبح العبارة المهيمنة على تفكيره: «لا فائدة». هذه الحالة هي التربة النفسية الخصبة التي ينبت فيها التعاطي. (11)

2. المخدر بوصفه «تنظيمًا ذاتيًا كيميائيًا خاطئًا» للانفعال

في مواجهة الألم النفسي الناتج عن الإحباط واليأس، يبحث الدماغ عن آلية لتخفيف هذا الألم. وتُصنف المخدرات ضمن «المنظمات الانفعالية الخارجية». فهي توفر للفرد ما يعجز دماغه عن إنتاجه طبيعيًا في ظل الضغط المزمن

- المثبطات كالكحول والمواد الأفيونية:

تخمد مراكز القلق والخوف في الدماغ، وتمنح شعورًا زائفًا بالسلام واللامبالاة، فيقول المتعاطي: «نسيت همومي»

- المنشطات كالشبو والكبتاجون:

تضخ كميات هائلة من الدوبامين، فتمنح شعورًا زائفًا بالقدرة والثقة والنشوة، فيقول المتعاطي: «شعرت أني أستطيع فعل أي شيء». (12)

غير أن هذا التنظيم الانفعالي كاذب ومدمر لثلاثة أسباب جوهرية

المؤقتية: لا يدوم التأثير إلا ساعات، ليعود الواقع أكثر قسوة، ويعود الإحباط مضاعفًا بسبب "الارتداد الكيميائي"

التكلفة التصاعدية مع التكرار يحدث "التحمل العصبي"، فيحتاج الدماغ إلى جرعة أكبر للوصول إلى التأثير نفسه

إعاقة التنظيم الذاتي الطبيعي: يعتاد الدماغ على المساعدة الخارجية، ويكف عن إنتاج النواقل العصبية المسؤولة عن

(11) عبد الرحمن، محمد السيد. (2000). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.

(12) زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.

السعادة والاتزان بشكل طبيعي، فيصبح الفرد أسير المادة. ([13])

3. تشوه الإدراك المعرفي: من «تجربة واحدة» إلى «نمط حياة»

يسهم الإحباط في إنتاج مجموعة من «التشوهات المعرفية» التي تبرر التعاطي. ومن أبرزها

- التعميم الزائد:

«مادام أني فشلت في إيجاد عمل، فأنا فاشل في كل شيء، ولن أنجح أبدًا»

- التهوين من العواقب:

«هي تجربة واحدة ولن تؤثر، وأستطيع التوقف متى شئت»

- شخصنة المشكلة:

«المجتمع كله ضدي، ولا أحد يفهمني إلا هؤلاء الرفاق»

إن هذه الأفكار المشوهة تعمل كجسر نفسي ينقل الفرد من حالة اليأس إلى حالة التجريب، ثم إلى الاعتماد الكامل. ([14])

ثانيًا: تدمير الصحة الذهنية: الآلية العصبية-النفسية للإدمان

إن المخدرات لا تغير المزاج فحسب، بل تُحدث تغييرات بنيوية ووظيفية في الدماغ يمكن رصدها بالأشعة. وهذا هو ما يجعل الإدمان مرضًا دماغيًا مزمنًا وليس ضعفًا أخلاقيًا

1. اختطاف نظام المكافأة في الدماغ: من المتعة الطبيعية إلى العبودية الكيميائية

يعمل الدماغ الطبيعي بنظام مكافأة دقيق. فعند إنجاز عمل، أو تناول طعام، أو ممارسة الرياضة، يفرز الدماغ كمية معتدلة من «الدوبامين» في منطقة تسمى «النواة المتكئة»، مما يمنح الشعور بالرضا والتحفيز لتكرار السلوك

إن المخدرات، ولا سيما المنشطات والأفيونات، تختصر الطريق وتطلق كمية من الدوبامين تفوق المعدل الطبيعي بخمسة إلى عشرة أضعاف. هذا الفيضان الكيميائي يعيد برمجة الدماغ، فيُسجل أن «التعاطي» هو أهم سلوك لبقاء الكائن الحي، بل أهم من الطعام والجنس. ونتيجة لذلك

- تضاؤل قيمة المكافآت الطبيعية: يفقد المتعاطي الاهتمام بالطعام، والهوايات، والعلاقات، والعمل، لأنها لا تنتج دوبامين يقارن بما ينتجه المخدر. ([15])

- الاشتياق القهري:

يحدث تغيير في قشرة الفص الجبهي المسؤولة عن اتخاذ القرار، فتصبح كل المثيرات المرتبطة بالمخدر، كرؤية الرفاق أو مكان التعاطي، محفزًا قويًا للاشتياق لا يمكن مقاومته

2. التلف العضوي والوظيفي للدماغ: الأبعاد الثلاثة للانهيار

- البُعد العضوي:

تؤدي مواد مثل الشبو والمذيبات الطيارة إلى موت الخلايا العصبية، ولا سيما في قشرة الفص الجبهي المسؤولة عن التخطيط والحكم الأخلاقي، وفي الحُصين المسؤول عن

---

(13) غباري، محمد سلامة. (1991). الإدمان: أسبابه ونتائجه وعلاجه. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

(14) القوصي، عبد العزيز. (1996). أسس الصحة النفسية. القاهرة: دار النهضة العربية.

(15) Volkow, N. D., Koob, G. F. & McLellan, A. T. (2016). Nuerobiologic advances from brain disease model of addition. _ New England Journal of Medicine, 374_(4), 363- 371. Doi.org.

الذاكرة. هذا التلف يفسر ضعف الذاكرة، وتدهور القدرة على التخطيط، واتخاذ القرارات الاندفاعية لدى المدمنين

- البُعد الكيميائي:

مع استمرار التعاطي، يتوقف الدماغ عن إنتاج النواقل العصبية طبيعيًا. فإذا توقف المخدر، يدخل المريض في «اكتئاب انسحابي» حاد ليس حزنًا عاديًا، بل هو فراغ كيميائي حقيقي، لأن الدماغ أصبح بلا سيروتونين ولا دوبامين. وهذا ما يفسر النسب المرتفعة للانتحار بين المتعاطين في مرحلة الانسحاب

- البُعد الوظيفي:

تتآكل «الوظائف التنفيذية العليا»، وهي القدرات التي تميز الإنسان، مثل كبح الاندفاعات، وتأجيل الإشباع، والتفكير في عواقب الأمور. فيتحول المتعاطي إلى شخص تحكمه الدوافع اللحظية، ويعجز عن وضع خطة للخروج من وضعه. ([16])

3. الاضطرابات النفسية والعقلية المستحثة: من العرض إلى المرض

إن التعاطي المزمن لا يسبب اضطرابًا واحدًا، بل يفتح الباب أمام طيف واسع من الأمراض

الاضطرابات المزاجية :

الاكتئاب ثنائي القطب، والاكتئاب الجسيم، والقلق العام، ونوبات الهلع. وتشير الدراسات إلى أن 60% من المدمنين يعانون من اضطراب نفسي مصاحب

الاضطرابات الذهانية:

تحفز المنشطات ظهور أعراض ذهانية مطابقة للفصام، كالهلاوس السمعية والبصرية، والضلالات الاضطهادية "الشك المرضي". فالمتعاطي يعتقد أن هناك من يراقبه أو يريد قتله، وقد يرتكب جرائم عنف تحت تأثير هذه الضلالة

الاضطرابات الشخصية:

مع طول فترة الإدمان، تتغير سمات الشخصية، فيصبح الفرد مراوغًا، وكاذبًا، وعدوانيًا، ومفتقرًا للتعاطف. وهو ما كان يُعرف سابقًا بـ" الشخصية الإدمانية"

إن المسار النفسي للإدمان مسار دائري مغلق: أزمة معيشية ← إحباط ويأس ← تشوهات معرفية ← بحث عن تنظيم انفعالي سريع عبر المخدر ← اختطاف كيميائي للدماغ ← تلف عضوي ووظيفي ← اضطرابات نفسية وعقلية ← عجز كامل عن مواجهة الأزمة المعيشية الأولى ← مزيد من اليأس

وبذلك يتحول الشاب من «ضحية» للظروف إلى «أسير» لتغيرات بيولوجية في دماغه تسلبه إرادته. ومن هنا تنبع الأهمية القصوى للتدخل النفسي المتخصص. فالوعظ الأخلاقي وحده لا يجدي مع دماغ تعرض لإعادة برمجة كيميائية. إن العلاج يجب أن يبدأ بإزالة السموم تحت إشراف طبي، ثم إعادة تأهيل معرفي-سلوكي لإصلاح التشوهات، ثم علاج دوائي للاضطرابات المصاحبة، ثم متابعة طويلة لمنع الانتكاسة. فالإدمان في جوهره «مرض انتكاسي مزمن» كارتفاع ضغط الدم، والانتكاسة ليست دليل فشل أخلاقي، بل هي جزء من طبيعة المرض، وتتطلب تعديل الخطة العلاجية لا جلد المريض. ([17])

(16) القرني، ع. م. (2018). العجز المكتسب وعلاقتة بتعاطي المخدرات لدى الشباب: دراسة في ضوء نظرية سليجان. _ مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية، ٣٠_ (٢)، ٢٠١- ٢٣٤.

(17) المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية. (2020). الدليل الإرشادي لاضطرابات تعاطي المواد المخدرة. الرياض: وزارة الصحة السعودية.

المحور الثالث
اجتماعيا ويتمثل في تفكك الروابط الاسرية، زيادة معدلات الجريمة المجتمعية، ونظرة المجتمع للمتعاطي بين الوصمة والاحتواء

يتناول هذا المحور الأثر الامتدادي للإدمان من الجسد الفردي إلى الجسد الاجتماعي. فالإدمان لا يعيش في فراغ، بل يتغذى على تفكك البنى الاجتماعية ويعيد إنتاجها بصورة أكثر هشاشة. وفيما يلي شرح تفصيلي لكل نقطة

اولا: تفكك الروابط الأسرية

تُعد الأسرة «الخلية الأولى» في البناء الاجتماعي، وأي خلل يصيبها ينتقل بالضرورة إلى المجتمع كله. والإدمان يضرب الأسرة في خمس وظائف جوهرية

1. الوظيفة الاقتصادية: من وحدة الإنتاج إلى وحدة الاستنزاف المزمن

- آلية الاستنزاف:

يبدأ المتعاطي بإنفاق مصروفه الشخصي، ثم يستدين من الأصدقاء، ثم يلجأ إلى سرقة ممتلكات المنزل، بدءًا بالأشياء الثمينة وانتهاءً بأدوات المطبخ. وفي المراحل المتقدمة، يجبر والدته أو زوجته على بيع ذهبها، أو على الاقتراض باسمه. ([18])

- التكلفة غير المنظورة:

لا تقتصر الخسارة على ثمن المخدر، بل تشمل «تكلفة الفرص البديلة». فكل ألف تُنفق على الجرعات كان يمكن أن تُنفق على رسوم جامعة الأخ الأصغر، أو على علاج الأب، أو على ترميم المنزل. وبذلك يُجمد الإدمان الحراك الاجتماعي الصاعد للأسرة كلها.

- النتيجة البنيوية:

تتحول الأسرة من «وحدة منتجة» تسهم في الدورة الاقتصادية إلى «وحدة مستهلكة» تعتمد على المساعدات أو تستدين، مما يدفعها نحو الفقر المدقع ويعيد إنتاج الأزمة الاقتصادية التي كانت سببًا أوليًا للإدمان. ([19])

2. الوظيفة الضبطية والتربوية: انهيار السلطة الوالدية وظهور «القدوة السلبية»

- شلل السلطة الوالدية:

يفقد الأب هيبته عندما يتحول إلى «محقق» يفتش غرفة ابنه، أو إلى «مفاوض» يترجاه للتوقف. وتفقد الأم دورها الحاضن عندما تتحول إلى «حارسة» تسهر الليل خوفًا من سرقته للمنزل. هذا الانقلاب في الأدوار يلغي مفهوم «القدوة» داخل البيت.

- التطبيع مع الانحراف:

يشاهد الإخوة الصغار أخاهم المدمن يعود في الفجر، ويصرخ، ويسرق، دون عقاب رادع. هذا المشهد اليومي يؤدي إلى «تطبيع» السلوك المنحرف في لاوعيهم، ويكسر حاجز الخوف من المخدر. وتشير دراسات علم النفس الأسري إلى أن وجود شقيق مدمن يرفع احتمالية تعاطي باقي الإخوة بنسبة 40%.

- انتقال العدوى السلوكية:

لا يقتصر الأمر على التعاطي، بل يتعلم

(18) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. (2022). تقرير التنمية الإنسانية العربية: تعزيز مرونة الإنسان في عالم متغير. نيويورك: UNDP

(19) المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. (2020). التكلفة الاجتماعية والاقتصادية لتعاطي المخدرات في المجتمع المصري. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

الأطفال من أخيهم المدمن أساليب الكذب، والمراوغة، والعدوانية، وعدم احترام الملكية، فتتشوه منظومتهم القيمية بالكامل. ([20])

3. الوظيفة النفسية والعاطفية: تحويل المنزل من «ملاذ آمن» إلى «سجن من القلق»

- مناخ التهديد المزمن:

يعيش أفراد الأسرة في حالة «استجابة الكر والفر» الدائمة. كل طرقة باب قد تكون الشرطة، وكل تأخر قد يكون جرعة زائدة، وكل طلب مال قد ينتهي بنوبة عنف. هذا القلق المزمن يسبب اضطرابات نفسية للأم والأب، كالأرق والقولون العصبي والاكتئاب.

- التفكك العاطفي:

تختفي مظاهر الحنان والحوار، وتحل محلها الاتهامات والصراخ والعزلة. يتجنب كل فرد مواجهة الآخر. الأب يهرب بالنوم أو بالعمل الإضافي، والأم تبكي بصمت، والإخوة يغلقون أبوابهم. فيموت «الدفء الأسري» الذي هو خط الدفاع النفسي الأول للإنسان.

- قرار الطرد والقطيعة: تصل بعض الأسر إلى مرحلة «الموت الاجتماعي» للابن المدمن، فتطرده من المنزل لحماية باقي الأفراد. وهذا القرار، رغم قسوته، هو في جوهره إعلان عن فشل الأسرة والمجتمع في الاحتواء، ودفعٌ للمدمن نحو التشرد والجريمة بنسبة 100%. ([21])

ثانيا: زيادة معدلات الجريمة المجتمعية

العلاقة بين الإدمان والجريمة علاقة عضوية، ويفسرها علم الإجرام عبر ثلاثة مسارات متداخلة

1. جرائم التمويل: «اقتصاد اليأس»

- المنطق الاقتصادي للجريمة:

المدمن يحتاج إلى جرعة يومية، لكنه عاطل عن العمل. والمخدر يسبب «تحملًا»، أي أن الجرعة التي كانت تكفيه الشهر الماضي لم تعد تكفيه اليوم. هذه المعادلة: «طلب متزايد + دخل صفر» لا حل لها إلا بالجريمة.

- التدرج الإجرامي:

لا يبدأ المدمن بالسطو المسلح. بل يبدأ بسرقة 100 من محفظة أمه، ثم جوال أخته، ثم أسطوانة غاز الجيران، ثم كسر زجاج السيارات في الحي. ومع كل نجاح، يرتفع سقف الجريمة، ويخفت صوت الضمير، حتى يصل إلى السرقة بالإكراه أو القتل تحت تأثير الهلاوس. فالإدمان مصنع تدريجي للمجرمين. ([22])

- العمل في شبكات الترويج:

يعرض المروج على المدمن معادلة بسيطة: «روّج لعشرة أشخاص، وجرعتك اليومية مجانًا». وهنا يتحول المدمن من ضحية إلى أداة لتوسيع السوق. فهو يعرف أماكن الشباب، ويعرف لغتهم، ويصبح «حصان طروادة» الذي يدخل المخدر إلى مدارس وحارات جديدة

2. جرائم الاضطراب الذهني: «تعطيل الفرامل الأخلاقية»

- الأساس العصبي:

توجد في مقدمة الدماغ منطقة تسمى

(20) بدوي، أحمد زكي. (1987). مقدمة في علم الاجتماع. القاهرة: دار النهضة العربية.

(21) United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *World drug report 2024*. Vienna: United Nations

(22) جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. (2020). المخدرات والجريمة المنظمة في المجتمعات العربية. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

«قشرة الفص الجبهي»، وهي بمثابة «فرامل» السيارة. وظيفتها: كبح الاندفاعات، وتقييم العواقب، والالتزام بالقيم. المخدرات، وخاصة الشبو والكبتاجون، تدمر هذه المنطقة. ([23])

- النتيجة السلوكية:

يصبح المتعاطي كسيارة بلا فرامل. إذا شعر بالغضب يضرب فورًا دون تفكير في العواقب. إذا رأى فتاة في الشارع تحركت غريزته يتحرش بها فورًا. إذا سمع صوتًا ظنه يتآمر عليه، قد يقتله. هو لا يختار الشر، بل يعجز عن اختيار الخير، لأن مركز الاختيار معطل كيميائيًا.

- الجرائم الأسرية البشعة:

تفسر هذه الآلية جرائم قتل الآباء والأمهات التي يرتكبها مدمنون. فهو تحت تأثير ضلالة اضطهادية يرى أمه «شيطانًا» أو «عدوًا يريد حبسه»، فيقتلها وهو يبكي، ثم ينهار عندما يزول مفعول المخدر. الجريمة هنا ليست بدافع الكراهية، بل بدافع المرض

3. تآكل رأس المال الاجتماعي: «الخوف يلغي المجتمع»

- تفك الجيرة:

عندما تكثر السرقات في حي، يتوقف الجيران عن تبادل الزيارات، ويضعون أقفالًا إضافية، وينظرون لبعضهم بريبة. فتموت ثقافة الباب المفتوح التي كانت صمام أمان المجتمع.

- هجرة الكفاءات:

التاجر الناجح، والطبيب، والمهندس، ينقلون سكنهم إلى أحياء أكثر أمنًا هربًا على أسرهم. فيُفرغ الحي من نماذجه الإيجابية، ولا يبقى فيه إلا العاجزون والمدمنون، فيتحول إلى «جيتو» مغلق.

- موت الفضاء العام:

تخاف الأسر من إرسال أطفالها للحدائق أو المساجد بعد المغرب. فتموت الأنشطة الرياضية والثقافية في الشارع. ويصبح الشارع ملكًا للمدمنين والمروجين ليلًا. وهذا هو «الموت السريري» للحي. ([24])

ثالثا: نظرة المجتمع للمتعاطي بين الوصمة والاحتواء

هذه النقطة هي الأخطر، لأنها تحدد ما إذا كان المجتمع جزءًا من الحل أم جزءًا من المشكلة

1. آلية عمل الوصمة: كيف نصنع المجرم بأيدينا؟

- الوصم في علم الاجتماع:

هو «لصق صفة سلبية شديدة بالفرد، حتى تصبح هي هويته الوحيدة». فبدلًا من أن نقول «أحمد مريض بالإدمان»، نقول «أحمد مدمن». نحذف اسمه وإنسانيته، ونختزله في مرضه.

- مراحل استبطان الوصمة:

- المرحلة 1: المجتمع يقول للشاب: «أنت مدمن، أنت فاشل، أنت عار».

- المرحلة 2: الشاب يبدأ بتصديق ذلك، فيقول لنفسه: «أنا فعلًا فاشل، لا أحد يحبني».

- المرحلة 3: يتصرف وفق هذه الصورة، فيقول: «مادمتُ عارًا في نظركم، فسأكون

(23) الشهراني، خ. ع. (2021). الإدمان كاضطراب دماغي: الأدلة العصبية والبيولوجية في ضوء التصنيف الدولي للامراض ICD- 11 _ المجلة العربية للطب النفسي ، ٣٢_(١) ، ١٥-٣٢.

(24) حجازي، مصطفى. (2020). التخلف الاجتماعي: مدخل إلى سيكولوجية الإنسان المقهور. بيروت: المركز الثقافي العربي.

أسوأ عار تتخيلونه». وهنا تتحقق «النبوءة الذاتية».

- الوصمة كحاجز أمام العلاج:

الأسرة تخاف من الفضيحة، فتُخفي ابنها في غرفة وتعالجه بالخرافات بدلًا من أخذه للمستشفى. والشاب يخاف من دخول المركز لأن اسمه سيُسجل «مدمن»، فيفضل الموت البطيء على «العار» السريع. ([25])

2. الاحتواء بوصفه استراتيجية علمية وليس عاطفة ساذجة

- التفريق الحاسم:

الاحتواء لا يعني «التطبيع مع الجريمة». بل يعني التمييز بين «مرض التعاطي» الذي يُعالج، و«جريمة الترويج» التي تُعاقب بأقصى عقوبة.

- الاحتواء كاستثمار:

عندما أعالج مدمنًا وأوظفه، أنا لا «أرحمه» فقط، بل «أستثمر» فيه. لأن هذا المتعافي سيوفر على الدولة: تكلفة سجنه، وتكلفة جرائمه المستقبلية، وتكلفة علاجه من الطوارئ. وسيتحول من «مستهلك» إلى «منتج» يدفع ضرائب. الدراسات تقول: كل دولار يُنفق على علاج الإدمان، يوفر 7 دولارات على الدولة في بنود الأمن والصحة.

- نماذج الاحتواء الناجح:

«محاكم المخدرات العلاجية» في بعض الدول، حيث يُخير القاضي المتعاطي بين السجن أو البرنامج العلاجي الإلزامي مع المتابعة. ونسبة النجاح فيها أعلى من السجن بثلاثة أضعاف. ([26])

3. تآكل الهوية الجماعية: من «نحن» إلى «أنا وجرعتي»

- المجتمع السليم:

يقوم على فكرة «المصير المشترك». نجاحي من نجاح جاري، وألم جاري هو ألمي. وهذا ينتج قيم التكافل، والتطوع، والعمل العام.

- مجتمع الإدمان:

يقتل «المصير المشترك» ويستبدله بـ«المصير الفردي اللحظي». فالمدمن لا يفكر إلا في جرعته القادمة. لا يهمه لو احترق الحي، لو مات جاره، لو انهارت الدولة. انفصل عن «النحن» وذاب في «الأنا» المتورمة بالكيمياء. لهذا عندما يصل 10% من الشباب إلى هذه الحالة، يفقد المجتمع بوصلته الأخلاقية، ويعجز عن حشد طاقته لأي مشروع نهضوي، لأن جنوده المستقبليين قد سقطوا في أسر اللحظة الكيميائية، إن المحور الاجتماعي يكشف أن الإدمان مرض مُعدٍ اجتماعيًا فهو يبدأ بفرد، فيُفكك أسرته، والأسر المفككة تُنتج حيًا مجرمًا، والأحياء المجرمة تُنتج ثقافة وصم، والثقافة الوصمة تمنع العلاج، ومنع العلاج يزيد المدمنين. لذلك فالمكافحة ليست مهمة أمنية فقط، هي معركة على «تعريف الإنسان». هل المتعاطي «مجرم» نعزله، أم «مريض» نعالجه، أم «ضحية» نحتويه؟ اختيار المجتمع لهذا التعريف هو الذي يحدد مستقبله. فالمجتمعات التي اختارت «الاحتواء العلاجي» مع «الردع للمروج»

(25) الاهدل، م. ع. (٢٠٢٢). الوصمة الاجتماعية نحو المتعافي من الإدمان وعلاقتها بطلب المساعدة: دراسة ميدانية في محافظة تعز. _ مجلة جامعة تعز للبحوث والدراسات الانسانية، ٢١_(٢) ، ٢٧٧- ٣١٢.

(26) Barry, C. L., McGinty, E. E. Pescosolido, B. A. & Goldman, H. H. (2014). Stigma, Discrimination, treatment effectiveness, and policy views about drug addiction and mental illness. _ Psychiatric Services, 65_ (10), 1269- 1272. Doi.org.

نجت، والمجتمعات التي اختارت «الوصمة للجميع» غرقت. ([27])

المحور الرابع - علاجيا ويشتمل على سبل التدخل المتكامل (دعم مادي، تأهيل نفسي، وتوعية مجتمعية) للحد من الظاهرة

ينطلق هذا المحور من مسلّمة علمية جوهرية أقرّتها منظمة الصحة العالمية والجمعية الأمريكية للطب النفسي، وهي أن «اضطراب تعاطي المواد» هو مرض دماغي مزمن قابل للانتكاس، شأنه في ذلك شأن داء السكري وارتفاع ضغط الدم. وبناءً على هذا التصنيف، فإن أي مقاربة علاجية أحادية البُعد محكوم عليها بالفشل، لأنها تعالج العرض وتترك المرض. ويتطلب التدخل الناجع نموذجًا يُعرف بـ«النموذج البيولوجي-النفسي-الاجتماعي»، الذي يعالج الأسباب الثلاثة التي أنتجت الظاهرة: الاقتصادية، والنفسية، والاجتماعية. وفيما يلي شرح علمي شديد التفصيل لكل نقطة

أولا: الدعم المادي: معالجة الحاضنة الاقتصادية للانتكاسة

لا يمكن فصل التعافي عن السياق الاقتصادي، لأن الفقر والبطالة يمثلان أقوى محفزات الانتكاسة وفقًا لما يسمى في الأدبيات بـ«نظرية الضغط». ويتكون التدخل المادي من ثلاثة مستويات متكاملة

1. كسر حلقة البطالة: من «العلاج داخل الأسوار» إلى «الدمج خارجها»

تُظهر دراسات المتابعة الطولية أن 78% من حالات الانتكاسة تحدث في الأشهر الستة الأولى بعد الخروج من المركز العلاجي، وترتبط مباشرة بالعودة إلى بيئة البطالة والفراغ نفسها. فالدماغ يربط بين «الفراغ» و«التعاطي» عبر آلية «التكييف الكلاسيكي»، فيصبح الفراغ بحد ذاته محفزًا للاشتياق. ([28]) لهذا كان لابد من الية التدخل العلاجية وهي كالتالي

- التدريب المهني الإلزامي داخل المراكز:

لا يصح أن تقتصر فترة التأهيل، التي قد تمتد لتسعة أشهر، على العلاج النفسي فقط. بل يجب استغلالها في «إعادة تأهيل رأس المال البشري» عبر تدريب مكثف على مهن مطلوبة في سوق العمل، كصيانة الهواتف، والتمديدات الكهربائية، والزراعة المائية، والبرمجة. ويُمنح المتعافي شهادة مهنية معتمدة عند خروجه.

- برامج «التوظيف العلاجي»:

إلزام الشركات الكبرى، عبر تشريعات المسؤولية المجتمعية، بتخصيص نسبة 1% من وظائفها للمتعافين الحاصلين على شهادة خلو من التعاطي. إن وجود «عقد عمل» ينتظر المتعافي هو أقوى «مضاد للاكتئاب» وأقوى «مثبط للانتكاسة»، لأنه يعيد بناء «المعنى» و«الجدول اليومي». ([29])

- حاضنات المشاريع الصغرى للمتعافين:

(27) World Bank. (2023). *Social capital and community resilience in fragile contexts*. Washington, DC: World Bank.

(28) American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. Washington, DC: APA.

(29) الشريف، ا. م. (2023). فاعلية برامج التاهيل المهني في خفض معدلات الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان: دراسة شبة تجريبية. _ مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، ٢٠_ (١)، ٨٨- ١٢٢.

تـوفير قـروض مـيسرة بـدون فوائـد، مـع إعفـاء ضريبـي لخمـس سـنوات، للمتعـافين الذيـن يجتـازون برنامجًـا لريـادة الأعمال. وتُشرف الحاضنـة على المشروع ماليًـا وإداريًـا ونفسيًا لمـدة عـامين، لـضمان عـدم اسـتخدامه كواجهـة للعـودة للتعاطـي

2. إزالـة العائـق المالي أمـام الـعلاج: «تكلفـة الـعلاج» مقابـل «تكلفـة عدمه»

تـشير حسـابات الاقتصـاد الصحـي إلى أن كل دولار يُنفـق على علاج الإدمـان يوفـر على الدولـة مـا بين 4 إلى 7 دولارات في بنـود السـجون، والمحاكـم، والطـوارئ الطبيـة، وحـوادث السـير، وفاقـد الإنتاجيـة. لـذا فـإن مجانيـة العـلاج ليسـت «منّـة»، بـل «اسـتثمار عـقلاني»، وعليـه كانـت اليـة التدخـل كالتـالي:

- الإدراج الإلزامي في التأمين الصحي:

سـن تشريـع يصنـف «اضطـراب تعاطـي المـواد» ضمـن الأمـراض المزمنـة التـي تغطيهـا مظلـة التـأمين الصحـي الشـامل، شـاملة: إزالـة السـموم، والتأهيـل النـفسي، والأدويـة البديلـة كالميثـادون، والمتابعـة لمـدة عـامين.

- صندوق سيادي لعلاج الإدمان:

يُمـول مـن نسـبة مـن عوائـد الضرائـب المفروضـة على التبـغ والكحـول، ومـن الأمـوال المصـادرة مـن تجـار المخـدرات، ويُخصـص لتغطيـة علاج غير القادريـن على الدفـع، ودعـم أسرهـم أثنـاء فترة الـعلاج.

- تفكيك اقتصاد السوق السوداء للعلاج:

إن ارتفـاع تكلفـة المراكـز الخاصـة يدفـع الأسر إلى مراكـز غير مرخصـة تمـارس «التعذيـب» باسـم الـعلاج، مما يزيـد الـطين بلـة. لـذا يجـب التوسـع في المراكـز الحكوميـة المجانيـة، وتجريـم المراكـز غير المرخصـة

ثانيًـا: التأهيـل النـفسي: إعـادة بنـاء الدمـاغ والسـلوك

إذا كان الدعـم المادي يعالـج «لماذا سـقط»، فـإن التأهيـل النـفسي يعالـج «كيـف ينهـض ولا يسـقط مجـددًا». وهـو يقـوم على بروتوكـول علمـي صـارم مـن أربـع مراحـل متسلسـلة

1. المرحلـة الأولى: إزالـة السـموم المُـدارة طبيًـا - *Detoxification Managed Medically*

الانسـحاب مـن بعـض المـواد كالكحـول والمهدئـات قـد يسـبب «الهذيـان الارتعـاشي» الـذي تصـل نسـبة الوفـاة فيـه إلى 20% دون إشراف طبـي. والانسـحاب مـن المنشـطات يسـبب «اكتئابًـا انتحاريًـا» حـادًا. لـذا فـإن «التطبيـب المنـزلي» جريمـة لهـذا لابـد مـن وجـود اليـة للتدخـل كوجـود وحـدة متخصصة داخـل مستشـفى، تحـت إشراف طبيـب نـفسي وطبيـب باطنـة وتمريـض مـدرب، وتسـتمر مـن 7 إلى 21 يومًـا. ويُسـتخدم فيهـا بروتوكول دوائي لتخفيـف الأعـراض، ومنـع المضاعفـات، والحفـاظ على العلامـات الحيويـة. الهـدف هنـا ليـس «التعـافي»، بـل «البقـاء على قيـد الحيـاة» للانتقـال للمرحلـة التاليـة

2. المرحلـة الثانيـة: الـعلاج النـفسي المتخصـص - *Psychotherapies Based-Evidence*

الإدمـان يدمـر «الوظائـف التنفيذيـة العليـا» في الفـص الجبهـي، وهـي المسـؤولة عـن التحكـم في الاندفاعـات. والعلاجـات النفسـية تعمـل على «إعـادة تدريـب» هـذه المنطقـة الدماغيـة. [30]

وممكن معالجة ذلك من خلال التالي:

(30) عكاشة، أحمد. (2019). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- العلاج المعرفي السلوكي CBT:

يقوم على تفكيك «الثالوث المعرفي للإدمان»: الموقف المحفز ← الفكرة التلقائية المبررة ← السلوك التعاطي. ويتم تدريب المريض على رصد أفكاره المبررة للتعاطي، مثل «الدنيا خربانة، سيجارة حشيش مش هتضر»، وتفنيدها، واستبدالها بأفكار تكيفية، مع تدريبه على مهارات «رفض التعاطي» و«إدارة الضغط».

- المقابلة التحفيزية MI:

تقوم على حقيقة أن المدمن يعيش في «صراع المشاعر» بين حب المخدر وكره عواقبه. وتعمل هذه التقنية على حل هذا الصراع عبر دفع المريض لاكتشاف «تناقضاته» بنفسه، وتعزيز «كلام التغيير» لديه، دون وعظ أو إجبار. ([31])

- علاج منع الانتكاسة RP:

يقوم على خريطة علمية تحدد «المواقف عالية الخطورة» لكل مريض، كالمرور من شارع معين، أو استلام الراتب، أو الشجار مع الزوجة. ويتم وضع «خطة طوارئ» مكتوبة لكل موقف، تتضمن: من سيتصل به، وأين سيذهب، وماذا سيفعل في الدقائق العشر الأولى من الاشتياق

3. المرحلة الثالثة: العلاج الدوائي - *Assisted-Medication Treatment MAT*

الإدمان يسبب خللًا كيميائيًا مزمنًا في الدماغ. وبعض الأدوية تعمل على «إصلاح» هذا الخلل، تمامًا كالأنسولين لمريض السكري. ورفضها بدعوى «استبدال إدمان بإدمان» هو جهل علمي. لذلك هناك علاجات منها:

- مضادات الاشتياق:

مثل «النالترکسون» الذي يغلق مستقبلات الأفيون في الدماغ، فيفقد المخدر تأثيره النشوي، فيمل منه المتعاطي. ([32])

- العلاجات الإحلالية:

مثل «الميثادون» و«البوبرينورفين» لمدمني الهيروين. وهي تعطي جرعة ثابتة وقانونية تمنع أعراض الانسحاب والاشتياق، دون أن تسبب نشوة، فتمكن المريض من العمل والحياة الطبيعية.

- علاج الاضطرابات المصاحبة:

70% من المدمنين لديهم اكتئاب أو قلق أو اضطراب ثنائي القطب. وعلاج الإدمان دون علاج الاكتئاب هو حرث في البحر، لأن المريض سينتكس هربًا من اكتئابه. ([33])

4. المرحلة الرابعة: المتابعة طويلة الأمد - *care-After*

الإدمان مرض مزمن دوري، ومتوسط زمن التعافي الكامل هو خمس سنوات. وتركه دون متابعة بعد الخروج من المركز كإجراء عملية قلب للمريض ثم طرده إلى الشارع دون دواء. ويتم التتبع من خلال برنامج متابعة إلزامي لمدة عامين على الأقل، يشمل: زيارة أسبوعية للطبيب النفسي،

(31) McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. _ JAMA, 284(13), 1689-1695. Doi.org

(32) National Institute on Drug Abuse. (2020). *Medications to treat opioid use disorder*. Bethesda, MD: NIH.

(33) American Psychiatric Association. (2022). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders (5th ed.)*. Washington, DC: APA.

وحضور مجموعات الدعم كـ«زمالة المدمنين المجهولين»، وفحص بول عشوائي، وجلسات إرشاد أسري. الهدف هو الإمساك بالانتكاسة في أولها قبل أن تستفحل.

ثالثًا: التوعية المجتمعية: بناء المناعة الثقافية وتفكيك بيئة الجريمة

التوعية ليست شعارًا، بل هي «هندسة اجتماعية» وقائية، وتقوم على ثلاثة محاور علمية

1. الوقاية الأولية: تحصين من لم يسقط بعد

تقوم برامج الوقاية الحديثة على «نظرية التأثير الاجتماعي»، التي تقول إن المراهق يتعاطى بسبب ثلاثة ضغوط: «المعلومة الخاطئة»، و«الضغط المعياري من الرفاق»، و«ضعف مهارات الرفض». تتم التوعية من خلال التالي

- المناهج المدرسية التفاعلية:

ليس عبر محاضرات الوعظ، بل عبر «مسرح تفاعلي» يمثل مواقف ضغط الرفاق، و«ورش عمل» لتدريب الطلاب على قول «لا» دون خجل. وعبر «أفلام محاكاة» بتقنية الواقع الافتراضي تُظهر تأثير المخدر على الدماغ والرئة والقلب. ([34])

- تمكين الأسرة:

80% من الآباء لا يعرفون علامات التعاطي المبكر. لذا يجب إخضاع أولياء الأمور لدورات إجبارية في «التربية الوقائية»، يتعلمون فيها: علامات الخطر العشر، ولغة الحوار مع المراهق، وكيف يفتشون غرفة ابنهم دون أن يهدموا جدار الثقة

2. تفكيك ثقافة الوصمة: من «العار» إلى «المرض»

تُظهر «نظرية الوصم» للعالم جوفمان أن الوصمة تحول الفرد من «إنسان له مشكلة» إلى «مشكلة تمشي على قدمين». وهذا يدفعه إلى «الجماعة المنحرفة» التي تتقبله. ([35]) وعلية تم إيجاد معالجات أبرزها:

- الهندسة اللغوية والإعلامية:

إصدار ميثاق شرف إعلامي يمنع استخدام كلمة «مدمن» ويستبدلها بـ«مريض اضطراب تعاطي المواد» أو «متعافٍ». وإبراز نماذج المتعافين الناجحين في الإعلام كـ«أبطال»، لا كـ«ساقطين سابقين».

- التجريم القانوني للتشهير:

تعديل قانون العقوبات لتجريم نشر صور أو أسماء المقبوض عليهم في قضايا «تعاطٍ» وليس «اتجار»، لأن التشهير يعدم فرصة التعافي ويحوله إلى مجرم حقي.

- محاكم المخدرات العلاجية:

استبدال عقوبة السجن للمتعاطي لأول مرة بعقوبة «العلاج الإلزامي تحت الإشراف القضائي». فإذا أتم البرنامج تُشطب السابقة من سجله، وإذا هرب يُسجن. وهذا يوفر على الدولة تكلفة السجن، ويمنح المريض فرصة. ([36])

---

(34) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2022). European drug prevention quality standards. Lisbon: EMCDDA.

(35) العتيبي، خالد بن عبد الله. (2020). الوصمة الاجتماعية لمدمني المخدرات وأثرها على طلب العلاج. مجلة دراسات اجتماعية عربية، 48(2)، 55–78.

(36) الشمري، فهد بن عبد الله. (2021). تأثير الخطاب الإعلامي على الوصمة الاجتماعية لمدمني المخدرات. مجلة العلوم الاجتماعية العربية، 39(3)، 112–135.

3. تجفيف المنابع: الشق الردعي المكمل للشق العلاجي

تقوم «نظرية الردع» على أن المجرم كائن عقلاني يحسب التكلفة والعائد. وتفكيك سوق المخدرات يتطلب رفع «تكلفة» الترويج إلى مستوى لا يُحتمل. ([37]) لذلك تم إيجاد الحلول والتي تتمثل في التالي:

- التركيز على الرؤوس الكبيرة:

90% من جهد المكافحة يجب أن يوجه إلى «الحيتان» و«شبكات التهريب» و«غسيل الأموال»، وليس إلى «الأسماك الصغيرة» من المتعاطين. فحبس 100 متعاطٍ لا يغلق السوق، لكن حبس تاجر واحد يغلق حيًا كاملًا. ([38])

- الضربات الاستباقية المالية:

استخدام «تتبع الأموال» ومصادرة ممتلكات التجار، لأن ضرب الثروة أوجع لهم من ضرب الجسد.

- الرقابة الدوائية والتقنية:

إحكام الرقابة على صرف الأدوية المخدرة، واستخدام الذكاء الاصطناعي لتتبع صفحات الترويج على الإنترنت، وتجفيف «الإعلانات» التي تجذب الشباب

إن فشل أي تدخل أحادي في مكافحة الإدمان يعود إلى تجاهله طبيعة المرض الثلاثية. فالإدمان له «قدم في الاقتصاد»، و«قدم في النفس»، و«قدم في المجتمع». ولا يمكن أن يقف المريض إذا سحبنا قدمًا واحدة وتركنا اثنتين. ([39])

لذا فإن «التدخل المتكامل» هو الاستراتيجية الوحيدة المثبتة علميًا، ويقوم على معادلة بسيطة

[دعم مادي يؤمن المستقبل] + [تأهيل نفسي يصلح الدماغ] + [احتواء مجتمعي يمنح الكرامة] = متعافٍ منتج

وأي إخلال بضلع من هذه المعادلة يعني عودة المتعافي إلى المربع الأول. فالمعركة مع الإدمان ليست معركة مواعظ، بل هي معركة «إدارة مرض مزمن» تتطلب ميزانيات، ومستشفيات، وقوانين، ووظائف، وإعلامًا مسؤولًا. والمجتمع الذي يبخل على أبنائه بهذه المنظومة، سيدفع الثمن أضعافًا مضاعفة في السجون والمستشفيات والجنازات

المحور الخامس: نتائج الاستطلاع الميداني

ظهرت نتائج الدراسات الميدانية في السياق اليمني حول واقع الشباب في ظل الأزمات المعيشية وارتباطها بتفشي الإدمان مجموعة من المؤشرات الكمية التي تعكس حجم العلاقة بين الأبعاد الاقتصادية والنفسية والاجتماعية للظاهرة

فعلى المستوى الاقتصادي، أشار 82% من أفراد العينة إلى أن البطالة وتدهور فرص العمل تمثل العامل الرئيس في دفع الشباب نحو التعاطي، في حين رأى 74% أن انخفاض

(37) الرويلي، ب. خ. (٢٠١٩). التكلفة الاقتصادية لظاهرة المخدرات في المملكة العربية السعودية: دراسة تحليلية مقارنة. _ المجلة الخليجية للبحوث الاجتماعية، ١٦_ (١) ،٣٥-٧١.

(38) المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. (2021). تجفيف منابع الجريمة المنظمة: الأساليب الحديثة في المكافحة. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.

(39) International Criminal Police Organization (INTERPOL). (2021). Cyber-enabled drug trafficking and online drug markets. Lyon: INTERPOL.

الدخل وارتفاع تكاليف المعيشة يخلق حالة من الضغط الاقتصادي تدفع إلى سلوكيات هروبية، من أبرزها الإدمان

أما على المستوى النفسي، فقد بينت النتائج أن 69% من الشباب يعانون من مستويات مرتفعة من الإحباط واليأس تجاه المستقبل، بينما أقر 63% بأنهم يستخدمون مواد مخدرة كوسيلة للهروب من الضغوط النفسية والشعور بالعجز، وهو ما يعكس دور العوامل النفسية كحلقة وسيطة بين الأزمة الاقتصادية والسلوك الإدماني

وفي الجانب الاجتماعي، أظهرت النتائج أن 77% من المشاركين أكدوا أن الإدمان يؤدي إلى تفكك الروابط الأسرية وارتفاع حدة الصراعات داخل الأسرة، كما أشار 71% إلى وجود تراجع واضح في مستوى الثقة والتواصل بين أفراد الأسرة في البيوت التي يوجد فيها مدمن

على مستوى المجتمع المحلي، أفاد 66% من العينة بارتفاع الشعور بعدم الأمان داخل الأحياء السكنية بسبب انتشار حالات التعاطي، بينما رأى 58% أن الإدمان مرتبط بشكل مباشر بزيادة معدلات الجرائم البسيطة مثل السرقة والاعتداءات

أما فيما يتعلق بالجانب العلاجي، فقد بينت النتائج أن 72% من المستجيبين يرون أن الخدمات العلاجية والتأهيل النفسي غير كافية أو غير متاحة بسهولة، في حين أكد 68% أن الوصمة الاجتماعية تشكل عائقًا رئيسيًا أمام طلب العلاج، مما يؤدي إلى تأخر التدخل وزيادة معدلات الانتكاس

نتائج البحث

تشير نتائج البحث، مدعومة بالمعطيات الميدانية، إلى الاتي

1- العلاقة بين الأزمات الاقتصادية وظاهرة تعاطي المخدرات لدى الشباب هي علاقة بنيوية عميقة وليست سطحية أو عرضية. فقد أكدت البيانات الميدانية أن البطالة وتدهور فرص العمل، إلى جانب انخفاض الدخل وارتفاع تكاليف المعيشة، تمثل عوامل ضاغطة تدفع الشباب نحو تبني سلوكيات هروبية، يأتي في مقدمتها التعاطي. وتنسجم هذه النتيجة مع الطرح النظري للبحث، الذي يرى أن الإدمان يتشكل داخل بيئة اقتصادية مختلة تُقيد خيارات الفرد وتدفعه نحو بدائل وهمية للتكيف، مما يعزز فهم الظاهرة باعتبارها انعكاسًا للأزمة المعيشية أكثر من كونها انحرافًا فرديًا

2- الربط بين التحليل النظري والبيانات الميدانية، توضحت من خلال العلاقة بين الإدمان والأزمة الاقتصادية والتي تتخذ طابعًا دائريًا تراكميًا، حيث لا يقتصر الإدمان على كونه نتيجة للضغوط الاقتصادية، بل يتحول إلى عامل يعمّقها. فقد أظهرت المعطيات أن التعاطي يؤدي إلى استنزاف موارد الأسرة وتراجع الإنتاجية، وهو ما يعيد إنتاج الفقر ويزيد من حدة الهشاشة الاقتصادية. وهذا التداخل يؤكد وجود حلقة مفرغة تتغذى فيها الأزمة والإدمان على بعضهما البعض، بما يعقّد فرص المعالجة الجزئية أو الأحادية

3- المستوى النفسي، جاءت نتائج الاستطلاع الميداني متسقة بشكل واضح مع الإطار

التفسيري للبحث، حيث أظهرت انتشار مشاعر الإحباط واليأس بين الشباب، إلى جانب استخدام المخدرات كوسيلة للهروب من الضغوط النفسية. وتدعم هذه المعطيات فرضية أن الأزمات المعيشية لا تؤثر بشكل مباشر فقط، بل تمر عبر وسيط نفسي يتمثل في «العجز المكتسب»، حيث يفقد الفرد ثقته بقدرته على التغيير، ويصبح أكثر قابلية للانخراط في سلوكيات إدمانية. كما تؤكد هذه النتيجة أن التعاطي لا يمثل حلاً بقدر ما هو تعبير عن أزمة نفسية عميقة تتفاقم بمرور الوقت

4- السياق العصبي-البيولوجي، تفسر نتائج البحث استمرار هذا السلوك رغم آثاره السلبية، حيث تؤدي المخدرات إلى إحداث تغييرات في نظام المكافأة في الدماغ، مما يجعلها المصدر الأساسي للشعور المؤقت بالتحسن النفسي، في ظل غياب بدائل واقعية. ويكتسب هذا التفسير أهمية أكبر عند ربطه بالنتائج الميدانية، التي تعكس استمرار اللجوء إلى التعاطي كآلية هروب، رغم إدراك الأفراد لمخاطره، وهو ما يعزز فهم الإدمان كاضطراب مركب يتجاوز الإرادة الفردية

5- المستوى الاجتماعي، فقد أظهرت النتائج الميدانية بوضوح أن الإدمان يمتد أثره إلى داخل الأسرة، حيث يسهم في تفكك الروابط الأسرية، وتراجع مستويات الثقة والتواصل، وارتفاع حدة الصراعات. وتنسجم هذه المعطيات مع نتائج التحليل النظري التي تؤكد أن الإدمان يعطل الوظائف الاقتصادية والتربوية والنفسية للأسرة، مما ينعكس سلبًا على تماسكها واستقرارها. كما بيّنت البيانات وجود ارتباط بين انتشار التعاطي وتزايد الشعور بعدم الأمان داخل المجتمع، إلى جانب ارتفاع بعض أنماط الجريمة المرتبطة به، وهو ما يدعم الفرضية القائلة بأن الإدمان لا يمثل تهديدًا فرديًا فقط، بل يشكل خطرًا على البنية المجتمعية ككل

6- المنظومة العلاجية، كشفت النتائج الميدانية عن وجود فجوة واضحة في توفر الخدمات العلاجية والتأهيلية، إلى جانب تأثير قوي للوصمة الاجتماعية التي تعيق طلب العلاج وتؤخر التدخل. وتتوافق هذه النتيجة مع ما توصل إليه البحث من أن الوصمة لا تقل خطورة عن الإدمان نفسه، إذ تسهم في دفع المتعاطي نحو العزلة، وتزيد من احتمالات الانتكاس، مما يحد من فاعلية الجهود العلاجية القائمة. كما تؤكد هذه المعطيات أن ضعف الوصول إلى العلاج، مقترنًا بالوصم الاجتماعي، يشكلان معًا عائقًا مزدوجًا أمام التعافي

7- التكامل بين النتائج النظرية والميدانية، توضح من خلال تبيان أن قصور المقاربات التقليدية في مواجهة الإدمان يعود إلى تركيزها على الأبعاد الظاهرة وإهمالها للجذور العميقة المرتبطة بالأزمة الاقتصادية والبنية النفسية والاجتماعية. وقد دعمت نتائج الاستطلاع هذا الاستنتاج من خلال إبراز محدودية فاعلية الخدمات الحالية، مما يعزز الحاجة إلى تبني نموذج تدخل تكاملي. ويقوم هذا النموذج على الربط بين الدعم الاقتصادي من خلال توفير فرص العمل، والتأهيل النفسي المتخصص،

والتدخل الأسري والمجتمعي، إلى جانب تطوير الخدمات العلاجية وتفكيك الوصمة الاجتماعية

التوصيات

1- إطلاق برامج تشغيل طارئة وربطها بسياسات اقتصادية داعمة للدخل وتوسيع فرص العمل، بما يقلل الفراغ الاقتصادي لدى الشباب

2- ربط علاج الإدمان ببرامج تدريب مهني وإعادة دمج المتعافين في سوق العمل عبر مراكز مجتمعية متخصصة

3- توفير علاج متكامل (نفسي، دوائي، اجتماعي) مجاني أو مدعوم، مع إدماج العلاج السلوكي المعرفي ضمن جميع البرامج

4- دعم المتابعة طويلة الأمد بعد التعافي لضمان الاستقرار ومنع الانتكاس

5- إنشاء وحدات دعم نفسي مجتمعية وتنفيذ برامج تدخل مبكر في المدارس والجامعات

6- تدريب الكوادر الطبية والاجتماعية على التعامل مع الإدمان كاضطراب مزمن وليس سلوكًا أخلاقيًا

7- تعزيز دور الأسرة عبر برامج إرشاد وتدريب إلزامية للكشف المبكر والاحتواء

8- تنفيذ حملات مجتمعية وإعلامية غير وصمية، مع إنتاج محتوى توعوي وإبراز قصص نجاح المتعافين

9- إدراج برامج توعوية للشباب حول مخاطر التعاطي ومهارات الرفض داخل المؤسسات التعليمية

10- تبني سياسات قانونية تركز على العلاج بدل العقاب للمتعاطين، مع تشديد الرقابة والعقوبات على شبكات الترويج والتهريب واستخدام أدوات تتبع حديثة

الخاتمة

في ضوء ما تم تناوله في هذا البحث من تحليل متعدد الأبعاد لظاهرة الإدمان في سياق الأزمات المعيشية، يتضح أن هذه الظاهرة لا يمكن اختزالها في كونها سلوكًا فرديًا منحرفًا، بل هي نتاج تفاعل معقد بين العوامل الاقتصادية والنفسية والاجتماعية والصحية، تتداخل فيما بينها لتشكّل بيئة خصبة لانتشار الإدمان واستمراريته. وقد بيّن التحليل أن البطالة وتدهور الظروف المعيشية يمثلان المدخل البنيوي الأول لتفاقم الظاهرة، حيث يسهمان في خلق حالة من الإحباط وفقدان الأمل، وهو ما ينعكس نفسيًا في صورة العجز المكتسب واليأس، الذي يدفع بعض الشباب إلى البحث عن بدائل هروبية، يأتي في مقدمتها التعاطي

كما أظهرت النتائج أن الإدمان لا يتوقف عند حد الفرد، بل يمتد أثره ليشمل الأسرة والمجتمع، حيث يؤدي إلى تفكك الروابط الأسرية، واضطراب الأدوار داخل الأسرة، وتراجع رأس المال الاجتماعي داخل البيئة المحلية، بما يفضي إلى زيادة الشعور بعدم الأمان وارتفاع بعض أنماط الجريمة المرتبطة بالظاهرة. وفي الوقت ذاته، كشفت المعطيات عن ضعف في المنظومة العلاجية القائمة، سواء من حيث محدودية الخدمات أو تأثير الوصمة الاجتماعية التي

تعيق طلب العلاج وتؤخر التدخل المبكر وعليه، فإن التعامل مع هذه الظاهرة يتطلب الانتقال من المقاربة الأحادية إلى المقاربة التكاملية الشاملة، التي تجمع بين الدعم الاقتصادي، والتأهيل النفسي، والتماسك الاجتماعي، والتوعية الإعلامية، إلى جانب تفعيل البعد القانوني العلاجي بدل الاقتصار على الردع العقابي. فالإدمان، في ضوء هذا التحليل، يُعد مرضًا مزمنًا متعدد الأسباب والأبعاد، ولا يمكن مواجهته إلا عبر منظومة متكاملة تضمن الوقاية والعلاج وإعادة الإدماج في آن واحد

المراجع

1) الاهدل، م. ع. (2022). الوصمة الاجتماعية نحو المتعافي من الإدمان وعلاقتها بطلب المساعدة: دراسة ميدانية في محافظة تعز. _ مجلة جامعة تعز للبحوث والدراسات الانسانية، 21_(2) ، 277- 312.

2) البنك الدولي. (2024). مرصد الاقتصاد اليمني: تداعيات الحرب على سبل العيش - ربيع 2024ز واشنطن: مجموعة البنك الدولي.

3)بدوي، أحمد زكي. (1987). مقدمة في علم الاجتماع. القاهرة: دار النهضة العربية

4)برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. (2022). تقرير التنمية الإنسانية العربية: تعزيز مرونة الإنسان في عالم متغير. نيويورك: UNDP.

5)جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. (2023). التحرير العربي الحادي عشر للمخدرات: اتجاهات التعاطي في المنطقة العربية. الرياض: مركز البحوث والدراسات الأمنية

6) الجهاز المركزي للإحصاء. (2024) الكتاب الاحصائي السنوي 2023: الفصل الثامن - إحصاءات الشباب والبطالة. صنعاء: الجهاز المركزي للإحصاء

7) الحارثي، م. ع. (2019). البطالة وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى الشباب: دراسة ميدانية على عينة من المتعافين في المملكة العربية السعودية. _ المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، 35_ (71) ، 115- 158.

8) حجازي، مصطفى. (2020). التخلف الاجتماعي: مدخل إلى سيكولوجية الإنسان المقهور. بيروت: المركز الثقافي العربي

9)ربيع، عفاف عبد الكريم. (2019). الآثار الاقتصادية والاجتماعية للمخدرات على التنمية البشرية في الدول العربية. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

10) الرويلي، ب. خ. (2019). التكلفة الاقتصادية لظاهرة المخدرات في المملكة العربية السعودية: دراسة تحليلية مقارنة. _ المجلة الخليجية للبحوث الاجتماعية، 16_ (1) ،71-35

11) زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب

12) الشريف، ا. م. (2023). فاعلية برامج التاهيل المهني في خفض معدلات الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان: دراسة شبة تجريبية. _ مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 20_ (1)، 88- 122.

13)الشمري، فهد بن عبد الله. (2021). تأثير الخطاب الإعلامي على الوصمة الاجتماعية لمدمني المخدرات. مجلة العلوم الاجتماعية العربية، 39(3)، 112-135.

14) الشهراني، خ. ع. (2021). الإدمان كاضطراب دماغي: الأدلة العصبية والبيولوجية في ضوء التصنيف الدولي للامراض ICD -11 _ المجلة العربية للطب النفسي ، 32_(1) ، 15-32

15) عبد الرحمن، محمد السيد. (2000). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر

16) عكاشة، أحمد. (2019). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية

17) العتيبي، خالد بن عبد الله. (2020). الوصمة الاجتماعية لمدمني المخدرات وأثرها على طلب

العلاج. مجلة دراسات اجتماعية عربية، 48(2)، 55-78.

18) غباري، محمد سلامة. (1991). الإدمان: أسبابه ونتائجه وعلاجه. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث

19) القرني، ع. م. (2018). العجز المكتسب وعلاقته بتعاطي المخدرات لدى الشباب: دراسة في ضوء نظرية سليجان. _ مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية، 30_ (2)، 201- 234.

20) القوصي، عبد العزيز. (1996). أسس الصحة النفسية. القاهرة: دار النهضة العربية

21) المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. (2020). التكلفة الاجتماعية والاقتصادية لتعاطي المخدرات في المجتمع المصري. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية

22) المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. (2021). تجفيف منابع الجريمة المنظمة: الأساليب الحديثة في المكافحة. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب

23) محمد، إبراهيم عبدالله عبدالرؤوف (2017). اقتصاد المعرفة والاستثمار في رأس المال البشري. دار الجامعة الجديدة

24) مكتب الأمم المتحد المعني بالمخدرات والجريمة. (2024) التقرير العلمي للمخدرات 2024: الملخص التنفيذي. فيينا: UNODC

25) وزارة الصحة العامة والسكان. (2023). الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية 2023- 2027: تحليل الوضع الراهن. عدن: وزارة الصحة

26) American Psychiatric Association. (2022). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.

27) Azagba, S., Shan, L., & Latham, K. (2021). Unemployment and substance use: An updated review of studies from North America and Europe. *Healthcare, 9*(9), 1182. https://doi.org/

28) Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A., & Goldman, H. H. (2014). Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services, 65*(10), 1269–1272. https://doi.org/

29) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2022). *European drug prevention quality standards*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

30) International Criminal Police Organization (INTERPOL). (2021). *Cyber-enabled drug trafficking and online drug markets*. INTERPOL.

31) McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA, 284*(13), 1689–1695. https://doi.org/

32) National Institute on Drug Abuse. (2020). *Medications to treat opioid use disorder*. National Institutes of Health.

33) United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *World drug report 2024*. United Nations.

34) Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine, 374*(4), 363–371. https://doi.org/

35) World Bank. (2023). *Social capital and community resilience in fragile contexts*. World Bank.

36) World Health Organization. (2016). Preliminary estimates of the economic implications of addiction in the United Arab Emirates. *Eastern Mediterranean Health Journal, 22*(10), 731–739.

د. رحيمة عبدالرحيم المنصب

في محافظة لحج، حيث تتقاطع التحولات الاجتماعية مع تعقيدات الحرب والتغيرات الاقتصادية، برز اسم الدكتورة رحيمة عبدالرحيم المنصب كواحدة من الأكاديميات اللواتي اتجهن إلى دراسة الجغرافيا بوصفها أداة لفهم المجتمع والتحولات السياسية والتنموية، لا مجرد تخصص نظري مرتبط بالخرائط والمكان

تحمل د. رحيمة المنصب درجة الدكتوراه في الجغرافيا البشرية من جامعة عدن، وتشغل منصب أستاذ مساعد ورئيس قسم الجغرافيا ونظم المعلومات الجغرافية بكلية صبر للعلوم والتربية بجامعة لحج، إلى جانب نشاطها البحثي المرتبط بالدول المشاطئة للبحر الأحمر والبحر العربي وخليج عدن

وخلال مسيرتها الأكاديمية، اهتمت بدراسة التحولات العمرانية والسكانية، والأبعاد الجيوسياسية للبحر الأحمر وخليج عدن، إضافةً إلى قضايا التنمية والتخطيط الحضري والتغيرات الاقتصادية في جنوب اليمن، وهي موضوعات ازدادت حضورا في ظل التحولات الإقليمية والصراعات المرتبطة بالممرات البحرية والطاقة والنفوذ الدولي

كما شاركت في عدد من المؤتمرات والورش العلمية المرتبطة بالمناخ والتنمية وبناء السلام وحقوق المرأة، إلى جانب مساهمتها في برامج التدريب والعمل المجتمعي بمحافظة لحج، وهو ما منح تجربتها بعدًا يتجاوز الإطار الأكاديمي التقليدي

وتشغل د. رحيمة المنصب منصب مدير تحرير مجلة «بريم» الصادرة عن مؤسسة اليوم الثامن للإعلام والدراسات، حيث تساهم في تقديم محتوى بحثي وتحليلي يهتم بقراءة التحولات السياسية والاجتماعية والتنموية في اليمن والمنطقة، ضمن مقاربة تحاول الربط بين المعرفة الأكاديمية وواقع التحولات المتسارعة التي تشهدها المنطقة