

Perim

بيريم

العدد: (26) - إبريل 2026

مجلة شهرية تحليلية تصدر كل شهر

تهتم بقضايا الدول المشاطئة على البحر الأحمر وخليج عدن



الحرب التي ابتلعت مشروع القوة السعودية

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

Perim

مجلة شهرية تحليلية تصدر كل شهر

بيريم

مجلس الإدارة والتحرير

صالح أبو عوذل

رئيس مجلس الإدارة

رئيس التحرير

أ. د. سالم علوي الخنشي

نائب رئيس التحرير

إدارة التحرير

ولاء عمران

مدير التحرير

د. رحيمة عبدالرحيم

مدير التحرير

الإدارة التنفيذية

د. أشجان الفضلي

المدير التنفيذي

حسين العولقي

المدير الإداري

سكرتارية التحرير

د. شوري 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 السندي

د. هيثم حسين جواس

د. مراد عبدالله الحوشي

د. رائد شائف القطيبي

د. فضل محمد الشاعري

د. صلاح لرضي بن دويل

العميد/ صالح علي الدويل

د. محمد جمال الشعيبي

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) - أبريل 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. شوري فضل عبر:

perimjournal@gmail.com

الموقع الإلكتروني:

perimjournal.com - perimjournal.net

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

حقوق الطبع محفوظة



@Perimjournal

للإعلان في مجلة بريم

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 نخوية 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: "التحريب، النفوذ الإقليمي، الأمن البحري"

كن شريكاً في المعرفة والتأثير. واحجز مساحتك الآن.

للتواصل والاستفسار:

perimjournal@gmail.com

00967777491124

تابعنا: perimjournal.com – perimjournal.net

شروط وضوابط النشر

- 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 كلٌّ 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 تعبر عن أصحابها فقط، ولا تعكس بالضرورة رأي المجلة.

10. لغة النشر:

- تقبل المجلة البحوث باللغتين: العربية أو الإنجليزية.

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 يُمثل 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 المحكمين 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).

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.



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



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.



القيمة المضافة للإعلان

الوصول إلى جمهور متخصص وفعال 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



التعريف

عن مجلة بريم

مجلة "بريم" هي مجلة سياسية اقتصادية متخصصة، لعنى 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 عميقة 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.

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. شوري فضل سالم

مدير العلاقات العامة

مؤسسة اليوم الثامن للإعلام والدراسات

سكرتير تحرير مجلة بريم





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 مشروعاً لإعادة رسم توازنات المنطقة، انتهت إلى واقع أكثر تعقيداً: 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 فعلياً كان العكس تقريباً. فالحرب الطويلة لم تُنه الحوثيين، بل دفعتهم للتحويل 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 تدريجياً 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 اقتناعاً بأوهام الحسم العسكري، وأكثر ميلاً إلى سياسات الاحتواء وإدارة التوازنات.

Perum بدرية الافتتاحية



الحروب الطويلة في اليمن وسوريا وليبيا والعراق كشفت حدود القوة التقليدية، وأظهرت أن إسقاط المدن لا يعني بالضرورة إسقاط النفوذ، وأن الجماعات المسلحة باتت جزءاً ثابتاً من خرائط القوة، لا ظواهر مؤقتة يمكن إنهاؤها بالقصف الجوي وفي اليمن تحديداً، كشفت الحرب هشاشة فكرة "استعادة الدولة". فبعد سنوات من القتال، تبدو الدولة اليمنية نفسها أكثر ضعفاً وتفككاً، بينما تتوسع خرائط النفوذ المحلية والإقليمية، وتتداخل الحسابات الأمنية بالمصالح الاقتصادية وخطوط الملاحاة 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 هدوءاً من الفوضى. تفاهمات مؤقتة، وتوازنات هشّة، وهدن قابلة للانفجار في أي لحظة. أما اليمن، فما يزال النموذج الأكثر وضوحاً 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 اثني عشرية مدعومة من إيران في الشمال، قد تبدو العلاقة طبيعية بين البلدين والخصمين اللدودين، لكن هذه العلاقة تظل قائمة على أساس الصراع والتقسام 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 والانهايار 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 تعرضاً 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

أكدت على أهمية تقديم العديد من الخدمات الصحية والوقائية والعلاجية للأطفال، وللأمهات في فترة الحمل والولادة والنفاس، ونظمت خدمات رعاية المرأة أثناء الحمل والولادة والاجهاض، وخدمات المشورة والفحوصات وعلاج فيروس نقص المناعة، وعلاج الامراض المزمنة، كما أكدت هذه التشريعات على وجوب تقديم الخدمات الصحية للمعنفات، وللمرأة من ذوي الاعاقة، والرعاية الصحية للمرأة المسنة. إلا أن الواقع أثبت عكس ذلك فالنظام الصحي يعاني من ضعف الامكانيات المادية والبشرية، ونظام الخدمات الصحية يعاني من التشرذم نتيجة الفساد وضعف الحوكمة، فتحليل اتجاهات ما قبل الحرب يظهر بالفعل ضعف النظام الصحي لا سيما فيما يتعلق بصحة الام والطفل وانخفاض في الانفاق الحكومي العام على الصحة، كما أن تمويل الرعاية الصحية في اليمن يعتمد اعتماداً كبيراً على الانفاق الشخصي المباشر، وبعد الحرب نجد أن الاوضاع والحرب قد أثرت بشكل أكبر وسلباً على جميع جوانب الحماية الاجتماعية في اليمن. وغياب دور الدولة أدى إلى حلول الدول المانحة والمنظمات الدولية لتغطية برامج الرعاية الصحية كافة. وختمت الدراسة بعدد من المقترحات منها على سبيل المثال وجوب إنهاء الحرب لأن أثارها وخيمة على المواطنين، وعلى الدولة القيام بواجبها في توفير الخدمات الصحية الأساسية استناداً إلى مبدأ سلسلة الرعاية طول دورة الحياة (الطفولة، المراهقة، البلوغ، الحمل، الولادة وما بعد الولادة)، وتفعيل قانون الرعاية الاجتماعية وتحديث قائمة المستفيدين منه نتيجة ازدياد عددهم نتيجة الحرب

هذه الدراسة تهدف إلى التعرف على واقع الحماية اشلجتماعية للمرأة في المجال الصحي، وتتضمن البحث في أنظمة الحماية الاجتماعية في اليمن المقدمة للمرأة على مدى دورة حياتها، وتقديم لمحة سريعة عن الوضع الحالي فيما يتعلق بسياق النظام الصحي.

اعتمدت الدراسة من حيث المنهجية على منهج التحليل الوصفي بالإضافة إلى أسلوب المقارنة والاستفادة من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع وأهداف الدراسة، وعن طريق تنفيذ مسح بواسطة الاستبيان لجمع المعلومات.

خلصت الدراسة إلى أن المشرع اليمني قد منح المرأة استقلالية اقتصادية، وحماية اجتماعية، ورعاية صحية من خلال نصوص الدستور والقوانين ذات الصلة. إلا أنه في الواقع العملي بينت الدراسة تدني نسبة النساء داخل قوة العمل بالمقارنة بالرجال وكذلك من إجمالي الأفراد داخل قوة العمل، وهناك فجوة نوعية واختلاف في مؤشر التكافؤ بينهما، وأن معظم العمالة في اليمن هي عمالة غير منظمة، ولا تتوفر لها حماية اجتماعية، أو إجازة مرضية مدفوعة الأجر، أو إجازة سنوية مدفوعة، وبينت الدراسة أن أغلب النساء يعملن في القطاع غير المنظم. وأن الفقر يشهد بين الأسر التي تعيلها النساء، ويشهد مع ازدياد عدد الاطفال. وأن نسبة الأمية بين النساء أكثر من حوالي الثلث مقارنة بالأمية بالرجال في جميع الفئات العمرية.

وضحت الدراسة أن جميع القوانين اليمنية الخاصة بالحماية الاجتماعية في مجال الصحة قد

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

المستمرة إلى يومنا هذا، وما نتج عنهما من تدهور اقتصادي وانهيار مؤسسي، وقد باتت 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، إضافة 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 الأوسط 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 وتساعد منذ عام 2015م حتى اندلاع الحرب على مناطق

تقع جمهورية اليمن في جنوب غرب شبه الجزيرة العربية في غرب آسيا، تبلغ مساحتها 555,000 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،

(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 - 5 ص وما بعدها) صادرة عن وزارة التخطيط والتعاون الدولي، الجهاز المركزي للإحصاء الذي اعتمد على بيانات مسح ميزانية الأسرة 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 واليونسيف 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>



أساسية، بما في ذلك نظام الرعاية الصحية وفاة حوالي 100 ألف شخص بسبب القتال و130 ألف شخص بسبب نقص الغذاء والصحة وضعف البنية التحتية، ففي الآثار المباشرة للحرب على الأطفال 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 الأطفال حتفهم بسبب سوء التغذية الحاد، ويمثل النساء والأطفال 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 16.2 مليون يمني يعانون من انعدام الأمن الغذائي، ويحتاج 1.2 مليون طفل دون سن الخامسة إلى العلاج من سوء التغذية الحادة.⁽⁷⁾ أدى الصراع إلى انهيار فعلي للخدمات الاجتماعية

أساسية، بما في ذلك نظام الرعاية الصحية وفاة حوالي 100 ألف شخص بسبب القتال و130 ألف شخص بسبب نقص الغذاء والصحة وضعف البنية التحتية، ففي الآثار المباشرة للحرب على الأطفال 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 الأطفال حتفهم بسبب سوء التغذية الحاد، ويمثل النساء والأطفال 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 16.2 مليون يمني يعانون من انعدام الأمن الغذائي، ويحتاج 1.2 مليون طفل دون سن الخامسة إلى العلاج من سوء التغذية الحادة.⁽⁷⁾ أدى الصراع إلى انهيار فعلي للخدمات الاجتماعية

(6) لجنة الإنقاذ الدولية، (2020) تأثير جائحة كورونا في الإزمات الإنسانية «حالة طوارئ مزدهمة».

<https://www.icrc.org/en/where-we-work/middle-east/yemen/health-crisis-yemen>

(7) برنامج الأغذية العالمي التابع للأمم المتحدة. (2021). 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

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 أسلوب 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 إليها، 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 جبراً على المواطنين إلا بمقتضى قانون ولأداء

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 والسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق فيما يأمن به الغوائل في حالات البطالة، أو المرض، أو العجز أو التمرل 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

(10) الأمم المتحدة. الاعلان العالمي لحقوق الانسان.

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 100 رجل 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 تبين البيانات أن إجمالي عدد العاملين لكلا الجنسين بلغ (4197000) عامل وإجمالي 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 أن لكل 100 رجل عامل تقابلهم حوالي 8 من النساء عاملات فقط.

وإذا احتسبنا الفجوة النوعية بين النساء والرجال العاملين حسب الحالة العملية

خدمة عامة ومقابل 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 حد 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)

(11) دستور الجمهورية اليمنية لسنة 1991م المعدل سنة 2001، العدد السابع (الجزء الثاني)، الصادر بتاريخ 10 أبريل 2001م.

(12) مادة رقم (12) فقرة (ج) من قانون الخدمة المدنية رقم (16) لسنة 1991م.

(13) مادة رقم (42) من قانون العمل رقم (5) لسنة 1995م.

بنسبة (16.4%). وتغطي هاتان المهنتان أكثر من نصف عدد العاملات للنساء وأما نسبتهن في مهنة (تشغيل وتجميع المصانع والآلات) فقد بلغت (0.3%) وهي أدنى نسبة لهن. كما يتركزن في مجموعة (الاختصاصيون) بنسبة (43.8%) من إجمالي العاملات النساء في الحضر، أما فيما يخص الريف فأن النساء يتركزن في مجموعة (العمال المهرة في الزراعة وصيد الأسماك) بنسبة (69.7%) وهذا يؤكد أن المجتمع اليميني مجتمع زراعي وخصوصاً في الريف. كما أن استحواذ النشاط الزراعي على غالبية اليد العاملة النسائية يعود إلى عدة اعتبارات، منها زيادة سكان الريف عن الحضر من ناحية، ومنها ما يرتبط بطبيعة العمل الزراعي التقليدي والانتاج الزراعي المحدود الذي لا يتطلب مستويات عليا من التعليم والتأهيل من ناحية ثانية، كما أن المرأة الريفية ترى العمل في المزارع التابعة للأسرة امتداد لعملها المنزلي وعلى مستوى النوع الاجتماعي فهن أيضاً يفضلن العمل في القطاع الخاص المحلي وبلغت نسبتهن حوالي (77.0%) من إجمالي العاملات النساء تليها نسبة (18%) يعملون في القطاع الحكومي الإداري، بينما أقل نسبة منهن يعملن في منظمات إقليمية أو دولية وبلغت نسبتهن (0.1%).

يلاحظ من الأرقام أعلاه أن القطاع الخاص هو المستوعب الأكبر للعمال النسائية بينما تقل العمال النسائية في بقية القطاعات، ولا ينبغي أن يفهم من الأرقام والنسب المشار إليها أنفاً بأن مؤسسات القطاع الخاص

ومؤشر التكافؤ نجد الآتي:

- الفجوة النوعية بين النساء والرجال الذين يعملون بأجر بلغت (36.8%) ومؤشر التكافؤ (63.2%) أي أن كل 100 رجل عامل بأجر يقابلها حوالي 63 من النساء عاملات بأجر.

- الفجوة النوعية بين النساء والرجال أصحاب العمل بلغت (68.5%) ومؤشر التكافؤ (31.5%) أي أن كل 100 رجل صاحب عمل يقابلهم حوالي 31 من النساء صاحبات عمل.

- الفجوة النوعية بين النساء والرجال الذين يعملون لحسابهم الخاص بلغت (17.3%) ومؤشر التكافؤ (82.7%) أي أن كل 100 رجل يعمل لحسابه الخاص يقابلهم حوالي 83 من النساء يعملن لحسابهن الخاص.

- الفجوة النوعية بين النساء والرجال الذين يعملون لدى الأسرة بدون أجر بلغت (309.5%) ومؤشر التكافؤ (409.6%) أي أن كل 100 رجل يعمل لدى الأسرة بدون أجر يقابلهم حوالي 410 من النساء يعملن لدى الأسرة بدون أجر.

كما يتضح من بيانات توزيع العاملين حسب المهنة الرئيسية بالنسبة للنساء فإن مهنة (العمال المهرة في الزراعة وصيد الأسماك) تشكل أكبر مجموعة مهنية حيث بلغ عدد العمالة فيها (149000 عاملة) بنسبة (50.9%) من إجمالي العاملات النساء، يلي ذلك العاملات في مهنة (اختصاصيات)، حيث بلغ عدد العاملات فيها (48000 عاملة)

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 (243 ألف فرد) بنسبة (82,9%) من إجمالي النساء العاملات في العمالة الرسمية وغير الرسمية

يتضح ان العمالة غير الرسمية عددها أكبر

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 ألف فرد) بنسبة (71,0%) من إجمالي النساء العاملات في القطاعيين الرسمي وغير الرسمي

يتضح أن عدد العاملين والعمالات 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

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

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 تتأسسها امرأة. وعليه سوف يتم التركيز على النساء اللاتي يتأسسن 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 غالبيةهن 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 اليمينية).⁽¹⁷⁾

فقد أثبتت نتائج مسح القوى العاملة أن نسبة المشاركة في سوق العمل للنساء اللاتي يتأسسن 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 يتأسسها 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

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 اليمينية من الفقر (12.613.887) في العام 2014م بحسب نتائج مسح ميزانية الأسرة 2014م، 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 اليمينية 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

(15) توقعات البنك الدولي بناءً على بيانات 2014 HBS).

(16) ومن ضمنها مسح ميزانية الاسرة 2014م، مصدر سابق

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

فجوة الفقر حسب نوع رب الأسرة والحالة الحضرية نجد أن شدة الفقر بين الأسر التي تعيلها النساء كانت 7.4% بينما كانت بين الأسر التي يعيلها الرجال 6.7%، وتشتد هذه النسبة في الريف إلى 10.3% بالنسبة للأسر التي تتأسسها امرأة. أما بالنسبة للأسر التي يتأسسها الرجال، فإن نسبة شدة الفقر أفضل مقارنة بالأسر التي تتأسسها نساء، حيث كانت نسبة شدة الفقر 6.7% للجمهورية، 2.6% للحضر، 8.4% للريف تشتد مظاهر الفقر إلى حد بعيد في الأسر التي تتأسسها المرأة ويوجد لديها أطفال، ويزداد مستوى الفقر طردياً مع ازدياد عدد الأطفال، ففي الأسرة التي يوجد لديها طفلان تكون نسبة الفقر فيها 36.5% والأسر التي لديها أربعة أطفال تكون نسبة الفقر فيها 61.1%، وترتفع نسبة الفقر إلى 76.9% في الأسر التي لديها خمسة أطفال، وهكذا إلى أن نصل لنسبة فقر 90.2% في الأسر التي لديها ثمانية أطفال⁽²⁰⁾. نستنتج من ذلك أن معظم أفراد الأسرة التي تتأسسها النساء ولديها أطفال يعانون من الفقر. أذاً العلاقة الطردية بين مستوى الفقر وكثرة عدد الأطفال في الأسرة، هي ظاهرة عامة في أغلب الأسر، وذلك حسب بيانات مسح الأسرة 2014م ولكن تزداد حدة في الأسر التي تتأسسها امرأة.

تعتبر الأجور والمرتبات المصدر الرئيسي لدخل الأسرة اليمنية، فهناك تفاوت كبير

العمل المنزلي ولا يبقى أمامهن متسع من الوقت للتقدم في التعليم أو التدريب ومن ثم الاستمرار بالسير في حلقة الفقر⁽¹⁸⁾. وفق بيانات مسح الأسرة 2014م، تم احتساب خط الفقر المطلق العام (فقر الغذاء وغير الغذاء)، بمبلغ وقدره 163.528 ريال يمني للفرد خلال السنة بالأسعار الثابتة على مستوى الجمهورية أي 627.13 ريالاً شهرياً للفرد، هذا قبل تعويم العملة اليمنية وانهايارها في السنوات الأخيرة.

وأثبتت الدراسة ارتفاع نسبة الفقر بين الأسر التي تتأسسها 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 الأسر التي تتأسسها النساء حوالي 17.3% مقارنة مع فجوة الفقر بين الأسر التي يتأسسها الرجال والتي كانت حوالي 15.3%. أما بالنسبة للريف فكانت فجوة الفقر بين الأسر التي تتأسسها النساء حوالي 23.9% مقارنة مع فجوة الفقر بين الأسر التي يتأسسها الرجال والتي كانت حوالي 19.3%، أما في الحضر سنلاحظ تحسن نسبة فجوة الفقر مقارنة بالريف⁽¹⁹⁾. أن فجوة الفقر قد سجلت النسبة الأعلى 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

(18) منظمة العمل الدولية، 2013م، 21. أوردته التقرير الرابع للنساء والرجال في اليمن (صورة إحصائية) لعام 2018م، ص 20.

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

(20) حسب بيانات مسح ميزانية الأسرة 2014م.

في متوسط الدخل السنوي من الاجور والمرتببات للفرد حسب الأسر التي تتأسسها 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 تتأسسها النساء. وعموماً ينخفض الدخل من الاجور والمرتببات في الريف أكثر منه في الحضر. بلغ متوسط دخل الفرد السنوي للأسر التي يتأسسها الرجال على مستوى الجمهورية (144.370 ريال)، بينما أنخفض في الأسر التي تتأسسها النساء إلى (71.372 ريال).⁽²¹⁾ أما على مستوى الحضر فقد بلغ متوسط دخل الفرد السنوي للأسر التي يتأسسها الرجال (213.641 ريال)، بينما أنخفض في الأسر التي تتأسسها النساء إلى (138.047 ريال). وتمثل الاجور والمرتببات 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 احتلها مصدر الدخل «القيمة التقديرية لإجار المسكن المملوك للأسرة» وبنسبة 6.4%. والنتائج اظهرت أن الأسر التي تتأسسها النساء تعتمد على مصدرين رئيسين للدخل، اولاً الدخل من الأجور والمرتببات، وثانياً المساعدات المالية.⁽²²⁾

كما أن غالبية أرباب الأسر من النساء أو متزوجات (43.7%) 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 الأراامل 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 اللاتي يتأسسن 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 الأسرة ٢٠١٤م.

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

(23) المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء - مسح ميزانية الأسرة ٢٠١٤م.

(24) الخرزجي، ثريا عبد الرحيم، دور المرأة العراقية في التنمية الاقتصادية، كتاب الابحاث والدراسات المقدمة للمؤتمر الدولي حول المرأة.. العلوم والتنمية، جامعة عدن ٢٠٠٦م، ص 168.

النساء والرجال بحسب الفئات العمرية واسعة النطاق، كما أن معدل الأمية 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

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 لا بد 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

(25) دستور الجمهورية اليمنية لعام 1991م المعدل.

(26) القانون العام للتربية والتعليم رقم 40 لسنة 1992م.

(27) قانون التعليم الفني والمهني رقم (23) لسنة 2006م.

(28) مكاي، نبيل عبدا لكريم، النوع الاجتماعي والتنمية في اليمن، مجلة النوع الاجتماعي والتنمية، العدد الثاني، سبتمبر 2008م، ص 160.

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 الإناث 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 وبلغت (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 و2014م حيث 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 (6.6%) عام 2004م وبلغت (44.0%) عام 2014م بالمقارنة مع (6.6%) عام 2004م، وفي الحضر كانت النسبة (13.0%) عام 2004م وبلغت (42.6%) عام 2014م.

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) 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.

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

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 الأخرى 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 (1-6) لوجدنا بأن معدل الالتحاق ارتفع بشكل كبير عام 2012/2013م عما كان عليه عام 2011/2012م، حيث كان (73%) وبلغ (79%) ليلغ عام 2013/2014م أدنى مستوى (66%)

يلاحظ أن الفجوة في معدلات الالتحاق اتسعت عام 2013/2014م بالمقارنة بعامي 2011/2012م و2012/2013م في المستوى الثاني(أ) والثاني (ب) في حين انخفضت الفجوة في المستوى الأول (1-6)، لكن اذا نظرنا للمستوى الثاني (أ) لوجدنا اتساع

(29) وذلك لأسباب أهمها حالة الاضطرابات السائدة (الربيع العربي) على مستوى بعض المحافظات الكبيرة، وكذلك ناتج عن ظاهرة التسرب، وكذلك أن الأسر تفضل تعليم الاولاد عن البنات، إضافة إلى ذلك الزواج المبكر أو لمساعدة الأسرة.
(30) نفس الاسباب المذكورة أعلاه.

التعليم الصحي:

الاتحاق 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 الدراسي 2011/2012م 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

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 لدى المرأة كأعمال الديكور والفنون الجميلة والتجميل وتصيف 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 التاليين حتى بلغت (21,5%). إلا أن ذلك لا يلبى 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

النساء والرجال في اليمن (2018) ص 60..

(31)

رابعاً: المرأة والصحة:

الوقت الحالي تشير التقارير إلى أن برامج الخدمات الصحية تضمنها وتقودها منظمات إنسانية وتنموية دولية مثل البنك الدولي، واليونيسف، والوكالة الأمريكية 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 منظمّة 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 الأطباء 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

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

(32) المادة رقم (55) 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 (2014) مشروع كويونات الأمهات وحديثي الولادة (P144522) وثيقة معلومات المشروع.

تتجلى في الخدمات الصحية الأخرى أيضاً.⁽³⁸⁾

مؤشرات الخدمات الصحية

بلغ إجمالي سكان اليمن (31491547)، بينما إجمالي المؤسسات الصحية الحكومية (5418)، وتشير الدراسات على أنه لا يوجد سوى 3 أطباء و7 أسرة في المستشفيات لكل 10000 شخص وفقاً لمنظمة الصحة العالمية. وهذه النسبة تقل كثيراً عن النسبة التي تعتبرها منظمة الصحة العالمية ضرورية لتوفير التغطية الصحية الأساسية، وتبلغ هذه النسبة 22 عاملاً في مجال الصحة كحد أدنى لكل 10000 شخص. كما أن 18% من المديرات في أنحاء البلاد ليس لديها أطباء، ومعظم العاملين في مجال الصحة لم يتلقوا روايتهم منذ أعوام، وهو ما أدى إلى هجرة الكثير من ذوي الكفاءات

التعليم الطبي في اليمن

بلغ عدد كليات الطب في الجامعات الحكومية 11 كلية، أما في القطاع الخاص فبلغ عددها 43 كلية، وبلغ إجمالي عدد كليات التمريض 11 كلية منها 4 كليات حكومية و7 كليات خاصة (جدول 19)

معدلات وفيات الاطفال ووفيات الأمهات؛ اذ تصنف أحدث تقديرات اليونسف لليمن الأمهات والاطفال على أنهم فئة شديدة الضعف، إذ توفي أم واحدة وستة أطفال حديثي الولادة كل ساعتين بسبب المضاعفات أثناء الولادة.⁽³⁶⁾ وكذلك بسبب الحرب الذي طال أمده، لم ترد تقارير رسمية عن المؤشرات الصحية مثل وفيات الأمهات ووفيات الرضع منذ سنتي 2014 و2015م وتستند جميع المؤشرات الصحية والارقام الديموغرافية إلى التقديرات والتوقعات التي وُضعت وفقاً للاتجاهات السائدة قبل تصاعد الصراع والحرب عام 2015م.⁽³⁷⁾

وقّمت دراسة حديثة أعدها مشروع البنك الدولي الطارئ للصحة والتغذية جودة الرعاية المُقدّمة قبل الولادة بالنظر إلى التغطية الفعالة لرعاية ما قبل الولادة من خلال توفر الممارسات السريرية الرئيسية، وتوفر أدوية التبغ الأساسية، وتوفر المستلزمات الرئيسية، وأثبتت الدراسة أن التغطية الفعالة لتدخلات الرعاية ما قبل الولادة في كل محافظة أقل من نطاق تغطية تدخلات الرعاية ما قبل الولادة، وفي بعض المحافظات كان الفرق أكثر من 50%، كما وُضحت أن التغطية الفعالة لرعاية ما قبل الولادة لا تزال دون 30%، ما يبرز الفجوات الكبيرة في الجودة التي يمكن أن

(36) منظمة اليونسف. (2019). اليمن: سلسلة تربية الاطفال في منطقة الحرب.

[series-zone-war-parenting-yemen/reports/yemen/org.unicef/www/https](https://www.unicef.org/yemen/reports/yemen-series-zone-war-parenting-yemen)

(37) التوقعات السكانية العالمية للأمم المتحدة عام 2019، ومؤشرات التنمية العالمية، وبيانات منظمة الصحة العالمية غير متاحة بعد عام ٢٠١٥م.

أنظر قطاع الصحة في اليمن - مذكرة سياسات، ص رقم ٣.

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

مؤشرات الرعاية الصحية للمرأة

44%.⁽³⁹⁾

نجد أن النساء المتزوجات في العمر (15-49) سنة واللاتي يستخدمن وسائل حديثة لتنظيم الأسرة بلغت نسبتهم 29,2% منهن يستخدمن الحبوب و5,9% يستخدمن اللولب يليه الحقن بنسبة 4,2% في حين ان أكثر الوسائل التقليدية استخدما 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 مؤلت الأسرة 80% منها مباشرة في مراكز

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%)، وولادات بإشراف طبي في المرفق (187.870) بنسبة 18%، وولادات 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)

القوانين والتشريعات الخاصة بالحماية الاجتماعية في مجال الصحة للمرأة في اليمن

أكد المشرع الدستوري اليمني على حق المرأة في الحصول على الخدمات الصحية، إذ نص أن «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»⁽⁴²⁾، وأكد على أن الدولة «تحمي الأمومة والطفولة....»⁽⁴³⁾ كما نص قانون المنشآت الطبية والصحية الخاصة في المادة رقم (11) بأنه يجب «على المنشآت الطبية والصحية الخاصة، مستشفى، مستوصف، مركز طبي، الاسهام الفعّال وتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية بما فيها رعاية الأم والطفل والتثقيف الصحي والرفع بمستوى الكادر الطبي والصحي لديها»⁽⁴⁴⁾.

كما نص المشرع القانوني على العديد من الخدمات الصحية والوقائية والعلاجية للأطفال، كالتحصينات ومتابعة النمو، حيث نص في المادة رقم (5) من قانون الصحة العامة اليمني⁽⁴⁵⁾ أنه على «الوزارة إعطاء الأولوية لرعاية صحة الأم والطفل واعتبارها

الرعاية وكانت المساهمات من الانفاق الشخصي المباشر في اليمن قبل نشوب الصراع في شكل رسوم موحدة على المستخدمين مقابل خدمات العيادات الداخلية والخارجية، إذ تكبد 6% و4% من السكان نفقات كارثية ومفقرة على الصحة.⁽⁴⁰⁾ وعلاوة على ذلك فقد شكلت رسوم العلاج المتصاعدة إلى جانب تكاليف النقل الباهظ للمرضى (لا سيما المرضى من المناطق الريفية) حاجزاً كبيراً أمام الحصول على الخدمات.⁽⁴¹⁾ وكان 4% من السكان ينفقون أكثر من 10% من استهلاكهم الأسري أو دخلهم الشخصي المباشر على نفقات الرعاية الصحية. وعلى الرغم من ندرة البيانات في أعقاب الصراع والحرب فإن مسحاً أجراه مشروع البنك الدولي الطارئ للصحة والتغذية يشير إلى أن 63% من المرضى قاموا بالإنفاق الشخصي على خدمات المستشفى، و15% على الرعاية الصحية الأولية وأن متوسط الإنفاق الشخصي في المستشفيات يبلغ 6000 ريال يمني (24 دولار) وأن متوسط الإنفاق الشخصي المباشر على الرعاية الصحية الأولية يبلغ 1200 ريال يمني (5 دولارات). وكانت الأدوية والإجراءات المعملية على وجه الخصوص تشكل بنداً كبيراً للإنفاق الشخصي المباشر.

(40) هولست جيه وجيريكي سي إيه. ٢٠١٢م، تمويل الرعاية الصحية في اليمن. المجلة الدولية لتخطيط وإدارة الصحة ٢٧:١٩٨-٢٢٥. أوردته: قطاع الصحة

في اليمن - مذكرات سياسات

(41) أندرسون دي كوفيفاس آر إم والسنبلي إن والأغبري إن وآخرون. ٢٠١٤. الحواجز التي تحول دون إتمام تشخيص مرض السل في اليمن: يجب أن تلبس

الخدمات احتياجات المرضى. PLOS One e105194: 9

(42) دستور الجمهورية اليمنية المادة رقم (٥٥)

(43) المادة رقم (٣٠) من نفس الدستور.

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

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

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

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 (هـ) 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

(46) المواد (5) الفقرات (ج) و(د) و(هـ)

(47) المادة رقم (11) الفقرات (2،4،5،7) 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، 6، و7 من قانون الصحة العامة اليمني.

الزواج للتأكد من خلو الزوجين مما يمكن أن يؤثر على صحتها 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 إصابتها بأي مرض دون تحديد لمرض بعينه كالعقم أو نحوه

خدمات المشورة والفحوص وعلاج فيروس نقص المناعة: نصت المواد (4، 5، 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، وإنما نصوص عامة في الفصل الخامس من قانون الصحة العامة يتعلق بالترصد الوبائي ومكافحة الأمراض، 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 معدٍ 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

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 شرعياً، 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

(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).

آخرين تحت إشراف وزارة حقوق الإنسان، ولكنه لم يقر بسبب الحرب، قانون الجرائم والعقوبات جرّم العنف والاعتصاب 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 منظمة giz 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 اتحاد 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

الصحية للمرأة في حالة إصابتها بأي مرض دون تحديد. كما نص قرار مجلس الوزراء رقم (257) في المواد رقم (5، 6، 7، 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 رجالاً أو نساء.⁽⁵⁶⁾ أما ما يخص بعلاج فيروس نقص المناعة، فقد صدر قانون وقاية المجتمع من الإيدز وحماية حقوق المتعاشين مع الفيروس في عام 2009م، والذي مثل نقلة نوعية في مجال التصدي للوباء وحماية حقوق المتعاشين مع المرض، وتضمن القانون مواد تراعي خصوصية المرأة في المسائل الاسرية، إذ اعطى المرأة المتعاشية مع مرض الإيدز، الحق في حضنة 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

- (55) قرار رئيس مجلس الوزراء رقم (207) لسنة 2000م بشأن نظام الرعاية الطبية المهنية للعاملين في الجهاز الإداري للدولة والقطاعات العام، المختلط، والخاص والعمال غير اليمنيين وتحديد رسوم الكشف الطبي الأول والدوري
- (56) قرار رئيس الوزراء رقم (1) لسنة 1998م بشأن لائحة العلاج الطبي في الخارج للمدنيين المواد (11، 12، 13، 14، 15).
- (57) التقرير الوطني لمستوى تنفيذ إعلان ومناهج عمل بيجين 20+، اللجنة الوطنية للمرأة، صادر بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان.
- (58) قانون الجرائم والعقوبات رقم (12) لسنة 1994م.
- (59) قانون مكافحة الاختطاف والتقطع رقم (24) لسنة 1998م.
- (60) قانون الاحوال الشخصية رقم (20) لسنة 1992م
- (61) الأستاذة فاطمة مريسي رئيس فرع اتحاد نساء اليمن، مقابلة شخصية في مقر الاتحاد، بتاريخ 24 أغسطس 2022م

نسبة 2.2% من إجمالي السكان بحسب نتائج مسح ميزانية الأسرة متعددة الأغراض 2014م، ولم تتغير هذه النسبة كثيراً ما بين مسحي ميزانية الأسرة 2014م والمسح الديمغرافي الصحي 2013م (2.2%، و3.2% على التوالي)

يتضح أن هناك ثلاثة مصادر رئيسية لأهم مصدر لتلقي الرعاية في مسح ميزانية الأسرة: - مساعدة نقدية /عينية من العائلة / الاقارب/ الاصدقاء، وهي لدى الاناث أعلى منها لدى الذكور.

- مساعدة نقدية /عينية من صندوق الرعاية الاجتماعية.

- مساعدة نقدية/عينية من الجمعيات الخيرية/ من أهل الخير.

يبلغ عدد الحالات المستفيدة من رعاية صندوق الرعاية الاجتماعية مليون وخمسمئة حالة، لم يتم استحداث قائمة المستفيدين منذ 2014م.⁽⁶³⁾

وفيما يخص تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرأة المسنة، فقد نصت المادة رقم (4) فقرة (ل) من قانون الصحة العامة أن على وزارة الصحة ضمان تقديم الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية لجميع المواطنين من الرجال والنساء، ونصت على تنفيذ البرامج المتعلقة بالأنشطة الصحية الخاصة برعاية دور المسنين.⁽⁶⁴⁾ والرعاية الصحية للمرأة المسنة يدخل ضمن الرعاية الصحية للمواطن ولا يوجد برنامج خاص

التي يكفلها الدستور والقوانين النافذة». وتنص المادة رقم (4) بأن «لكل معاق حق التأهيل بدون مقابل والاستفادة من برنامج التأهيل المهني والرعاية الاجتماعية التي تقدمها مؤسسات ومراكز دور الرعاية وتأهيل المعاقين». كما تنص المادة رقم (8) فقرة (ب) «تقوم وزارة التأمينات والشؤون الاجتماعية مع الوزارات والدوائر الحكومية وجميع الجهات ذات العلاقة برعاية وتأهيل المعاقين وتقديم المساعدة الطبية المجانية للمعاقين وتحديد درجة الاعاقة والتدخل المبكر للحد منه»، كما تنص المادة رقم (13) منه على أن «تعمل وزارة الصحة على توفير الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية وتعمل ورش لذلك».⁽⁶²⁾ مما سبق نجد مواد هذا القانون تنص على حق المعاقين رجال ونساء بكافة الحقوق التي يكفلها القانون ومنها الرعاية الصحية. كذلك تنص المادة رقم (4) فقرة (ل) من قانون الصحة العامة على أن من مهام وزارة الصحة تنفيذ البرامج المتعلقة بتقديم الرعاية الصحية لذوي الاحتياجات الخاصة ويشمل ذلك الرجال والنساء. كذلك نصت اللائحة التنظيمية على إنشاء الادارة العامة بموجب المادة (25) منها، والتي تختص بوضع الخطط التي تكفل تقديم الخدمات الصحية للمرأة في حالة اصابتها بأي مرض بشكل عام دون تحديد شكل عدد السكان المعاقين من ذوي الاحتياجات الخاصة ممن يعانون من إعاقات حادة 564.248 معاقاً حيث شكلوا

(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 الآن 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 للعامل الحامل أن تحصل على إجازة وضع بأجر كامل مدتها ستون يوماً، وتمنح عشرين يوماً إضافية إلى الستين يوم في حالة الولادة المتعسرة، وإذا ولدت توائم».⁽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

[?] - 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

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

(66) المادة رقم (59) من قانون الخدمة المدنية رقم (19) لسنة 1991م، وينظر نص المادة رقم (114) من لائحته التنفيذية الصادرة بالقرار الجمهوري رقم (122) لسنة 1992م

(67) المادة رقم (45) من قانون العمل رقم (5) لسنة 1995م

(68) المادة رقم (57) من قانون الخدمة المدنية، والمادة رقم (109) من لائحته التنفيذية.

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

(66) المادة رقم (59) من قانون الخدمة المدنية رقم (19) لسنة 1991م، وينظر نص المادة رقم (114) من لائحته التنفيذية الصادرة بالقرار

الجمهوري رقم (122) لسنة 1992م

(67) المادة رقم (45) من قانون العمل رقم (5) لسنة 1995م

(68) المادة رقم (57) من قانون الخدمة المدنية، والمادة رقم (109) من لائحته التنفيذية.

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 إضافة إلى تعويض نقدي يعادل

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 ولللائحة 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 الأطباء، 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 و وحدات القطاعين العام والمختلط بتسديد اشتراكات لصندوق

(69) الفصل الأول من الباب الخامس تأمين إصابات العمل المواد من (٣١) إلى (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 و 31) من قانون التأمينات الاجتماعية، الصادر بقرار جمهوري بالقانون رقم (٢٦) لسنة ١٩٩١. الجريدة الرسمية، العدد (7 ج 2) لسنة

١991م

(71) المواد (١٠ و٩) من قانون التأمينات والمعاشات.

(72) المادة رقم (٤٠) من نفس القانون.

(73) المادة رقم (٢١) من نفس القانون.

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

والتعويض أو المعاش في حالة العجز للمستديم، 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 والأمراض المزمنة وأمراض الكلى

ما يخص التقصي والكشف وعلاج كل أنواع السرطانات سواء كان عنق الرحم أو الثدي وفيروس نقص المناعة المكتسب والأمراض المنقولة جنسياً، 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

(39.000) ريال يماني 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،

(75) المواد رقم (44و43) من القانون.

(76) المواد (3 و4 وفقرة ب، والمادة رقم 5) من قانون التأمينات الاجتماعية، الصادر بالقرار الجمهوري رقم (36) لسنة 1991م.

(77) السباعي، د. أشراق ربيع أحمد، وكيل مساعد وزارة الصحة قطاع السكان.

الخاتمة

أن الحماية الاجتماعية المقررة 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، وتتخبط بنسبة مرتفعة في نطاق العمالة غير المنظمة وبالتالي لا تتوفر لها الحماية الاجتماعية، كما ان النساء والاطفال هم أكثر الفئات تأثراً 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

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⁾

(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 لشؤون اللاجئين الاستاذة عائشة محمد سعيد. والاستاذة فائزة عبدا المجيد، مدير عام الادارة العامة للمرأة والطفل، ومستشار الوزير.

والنفس، و الحصول على خدمات تنظيم الأسرة وأجاز الإجهاد الضروي فقط برخصة الطبيب للمحافظة على صحة الأم رغم تحريم الاجهاض، ونص على وجوب توفير كافة الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية للمرأة، وإجراء فحص طبي قبل الزواج؛ الا ان ذلك لم يطبق على الواقع رغم صدور تعميم من وزير الصحة ووزير العدل، كما تم اصدار قانون وقاية المجتمع من الايدز وحماية حقوق المتعايشين مع المرض، وتقديم خدمات الرعاية الصحية للمرأة من ذوي الاعاقة. أما فيما يخص المعنفات لا يوجد قانون خاص بحمايتهن سواء ما نص عليه قانون الجرائم والعقوبات وقانون مكافحة الاختطاف والتقطع، وكذلك المسنات يخضعن لعموم النص الخاص بكل المواطنين ولا يوجد برنامج خاص بهن.

المقترحات

1. على الدول المانحة ودول التحالف الاسراع في وقف الحرب، ورفع عقوبة الفصل السابع عن اليمن فأثاره وخيمة على المواطنين.
2. ندعو مجلس الرئاسة الانتقالي والحكومة والبرامج الوطنية للقضاء على الفقر مستقبلاً التركيز على الخطط الفعالة للمساعدة المالية.
3. دعم الوسائل الكفيلة بتطوير النظم التأمينية ومد الحماية الاجتماعية للمشتغلين أو العاملين في القطاع غير المنظم (غير الرسمي) مع الأخذ بعين الاعتبار القدرات الاقتصادية للمشتغلين في هذا القطاع.
4. ضرورة توفير النظم الائتمانية المناسبة لمساعدة أصحاب القطاع غير الرسمي على تمويل أنشطتهم بشروط اقتراس ميسرة مثل الصناديق وغيرها أو من خلال البنوك التي توفر قروض ميسرة للمشاريع الصغيرة والأصغر.
5. تفعيل دور منظمات أصحاب العمال ومنظمات العمال في متابعة وضع القطاع غير الرسمي وتقديم الدعم لتنمية وتحسين شروط العمل وظروفه والتنسيق الوثيق مع إدارات العمل لتحسين أوضاع هذا القطاع وخاصة في مجال دعم فرص

والنفس، و الحصول على خدمات تنظيم الأسرة وأجاز الإجهاد الضروي فقط برخصة الطبيب للمحافظة على صحة الأم رغم تحريم الاجهاض، ونص على وجوب توفير كافة الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية للمرأة، وإجراء فحص طبي قبل الزواج؛ الا ان ذلك لم يطبق على الواقع رغم صدور تعميم من وزير الصحة ووزير العدل، كما تم اصدار قانون وقاية المجتمع من الايدز وحماية حقوق المتعايشين مع المرض، وتقديم خدمات الرعاية الصحية للمرأة من ذوي الاعاقة. أما فيما يخص المعنفات لا يوجد قانون خاص بحمايتهن سواء ما نص عليه قانون الجرائم والعقوبات وقانون مكافحة الاختطاف والتقطع، وكذلك المسنات يخضعن لعموم النص الخاص بكل المواطنين ولا يوجد برنامج خاص بهن.

هذا ويحب الاشارة إلى ان نظام تمويل الرعاية الصحية في اليمن قبل نشوب الحرب اعتمد اعتمادا 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، وأكد زاد الانفاق الشخصي خلال سبع سنوات الحرب الاخيرة

وكان قطاع الصحة في اليمن قبل نشوب الصراع في 2011م يعاني من ضعف الحوكمة والفساد، ونتيجة الحرب وعدم وجود ميزانية تشغيلية لوزارة الصحة حلت محل الدولة المنظمات المانحة لتغطية كافة برامج الرعاية الصحية ومنها رعاية

المبكر له تأثير على المستوى التعليمي
للأمهات حيث تضطر نتيجة الحمل إلى ترك
المدارس والتفرغ لتربية الاطفال.

المراجع

1. الأمم المتحدة: الاعلان العالمي لحقوق الانسان. تاريخ الدخول 30 أغسطس 2022م.
2. النساء والرجال في اليمن (صورة إحصائية) لعام 2018م، كتاب صادر من الجهاز المركزي للإحصاء وزارة التخطيط والتعاون الدولي.
3. السياق الانساني: اليمن» المشروع الطارئ للصحة العالمية والتغذية». <https://www.albankaldawli.org/ar/news/fact-sheet/2019/05/14/yemen-emergent-cy-health-and-nutrition-project> تاريخ الدخول 1 سبتمبر 2022م
4. المستشار عبده، غازي عبدالله، وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، مقابلة بتاريخ 21 أغسطس 2022م
5. الجهاز المركزي للإحصاء، وزارة التخطيط والتعاون الدولي.
6. 16. القانون العام للتربية والتعليم رقم (45) لسنة 1992م، الجريدة الرسمية، العدد (ملحق العدد 24) 1992م، بتاريخ 7 رجب 1413هـ، الموافق 31 ديسمبر 1992م.
7. البنك الدولي (2014) مشروع كوبونات الأمهات وحديثي الولادة (P144522) وثيقة معلومات المشروع

- التشغيل.
6. النتائج أظهرت أن الأسر التي تتأسسها النساء تعتمد على مصدرين رئيسيين للدخل، أولاً الدخل من الأجور والمرتببات، وثانياً المساعدات المالية، وبالتالي على الحكومة التركيز على هذه الخاصية كأساس لأي استراتيجية قادمة بحلول السلام.
 7. تفعيل قانون الرعاية الاجتماعية الصادر بتاريخ 30 رمضان 1414هـ، الموافق 17 يناير 1999م. وتجديد قائمة المستهدفين المدعومين من صندوق الرعاية الاجتماعية، لازدياد عددهم نتيجة الحرب.
 8. لابد من احتواء الأنفاق الشخصي المباشر، من خلال إجراء مزيد من التحليل لزيادة فهم العوامل المحركة للإنفاق الشخصي المباشر وتأثيره الكارثي على الصحة. والعمل على إيجاد نظام تأمين صحي وطني في اليمن.
 9. التوسع في بناء المستشفيات والمراكز الصحية، وتقديم الرعاية المجانية ووضع قيود على المستشفيات الاستثمارية والمستوصفات الخاصة.
 10. يجب توفير حزمة من الخدمات الصحية الأساسية استناداً إلى مبدأ سلسلة الرعاية طول دورة الحياة. (الطفولة، المراهقة، البلوغ، الحمل، والولادة، وفترة ما بعد الولادة).
 11. العمل على الحد من الزواج المبكر، حيث أن الزواج والحمل المبكر له تأثير ومخاطر صحية كبيرة على الأمهات الصغيرات ومواليدهن، كما أن الزواج والحمل

8. اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة والسكان الصادرة بالقرار الجمهوري رقم (76) لسنة 2004م.
9. الاستاذة محمد، فايضة عبد المجيد، مدير عام الادارة العامة للمرأة والطفل ومستشار الوزير، مقابلة بتاريخ 4 سبتمبر 2022م.
01. الاستاذة سعيد، عائشة محمد، مسؤول الحماية في المفوضية السامية لشؤون اللاجئين، مقابلة بتاريخ أغسطس 2022م.
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. <https://ar.wfp.org/emergencies/yem-en-emergency> تاريخ الدخول 10 أغسطس 2022م
14. بيانات منظمة الصحة العالمية. <https://ar/int.who.emro.www/html/index/2017/report-nual> تاريخ الدخول 3 أغسطس 2022م.
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 31 ديسمبر 1999م.
- أبريل 2001م.
17. د.الزوعري، محمد سعيد، وزير الشؤون الاجتماعية والعمل، مقابلة تاريخ 10 سبتمبر 2022م.
18. د. السباعي، أشراق ربيع أحمد، وكيل مساعد وزارة الصحة قطاع السكان، مقابلة بتاريخ 11 سبتمبر.
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 1427هـ، 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 1415هـ، الموافق 15 مارس 1995م.
23. قانون الصحة رقم (4) لسنة 2009م، الجريدة الرسمية، العدد السادس لسنة 2009م، بتاريخ 4 ربيع ثاني 1430هـ الموافق 31 مارس 2009م.
24. قانون رقم (60) لسنة 1999م بشأن المنشآت الطبية والصحية الخاصة، الجريدة الرسمية، العدد (24) لسنة 1999م، بتاريخ 24 رمضان 1420هـ، الموافق 31 ديسمبر 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)، لسنة 1992م.
31. قانون التأمينات الاجتماعية رقم (26) لسنة 1991م، الجريدة الرسمية، العدد (7ج2)، لسنة 1991م.
32. قطاع الصحة في اليمن، مذكرة سياسات، سبتمبر 2021م.
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.dou--19-covid/4693/document/sites/org.pdf.april2020-bleemergency> <https://www.icrc.org/en/where-we-work/middle-east/yemen/health-crisis-yemen>
35. مشهور، حورية، المرأة العاملة.. الواقع والتحديات كتاب الأبحاث والدراسات المقدمة للمؤتمر الدولي حول المرأة.. العلوم.. والتنمية، جامعة عدن 6-4 فبراير 2006م.
36. مسح ميزانية الأسرة 2014م. التقرير الرئيسي لنتائج مسح ميزانية الأسرة 2014م صادر من وزارة التخطيط والتعاون الدولي، الجهاز المركزي للإحصاء بالتعاون مع اليونسف.
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. مكاي، 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 يزال التهاب السحايا يمثل أحد أكثر الأمراض المعدية خطورة على الصحة العامة، نظراً لما يرتبط به من معدلات مرتفعة للمراضة والوفيات، فضلاً عن المضاعفات العصبية طويلة الأمد التي قد تستمر لدى نسبة من الناجين حتى بعد تلقي العلاج. وتكتسب خطورة المرض بعداً إضافياً في البيئات التي تعاني

من *Haemophilus influenzae* و *ae* 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 مقتصرًا 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

من هشاشة الأنظمة الصحية وتراجع خدمات البنية التحتية الأساسية، حيث تتداخل العوامل البيولوجية والبيئية والاجتماعية لتشكيل ظروف موالية 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

ويُعرف 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*

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

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

المعرفة إلى إضعاف القدرة على بناء استراتيجيات وقائية تستند إلى فهم شامل للعوامل المحركة للمرض ضمن سياقه البيئي والاجتماعي وانطلاقاً من هذه الفجوة المعرفية، تسعى هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين المسببات الجرثومية للتهاب السحايا ومؤشرات التدهور البيئي الحضري المرتبطة بمنظومة الصرف الصحي في عدن ولحج، مع التركيز على أنماط المقاومة الدوائية بوصفها مؤشراً إضافياً على التأثيرات المتبادلة بين البيئة والعوامل الممرضة. كما تحاول الدراسة تقديم قراءة تحليلية تجمع بين الأبعاد الميكروبيولوجية والوبائية والبيئية، بما يسمح بفهم أكثر شمولاً للعوامل المؤثرة في استمرار المرض وانتشاره داخل المجتمعات الحضرية التي تواجه تحديات بنيوية مزمنة. ومن خلال هذا المنظور، لا يُنظر إلى التهاب السحايا باعتباره مشكلة طبية معزولة، بل بوصفه إحدى النتائج المحتملة لاختلال التوازن بين الإنسان والبيئة والخدمات الأساسية التي تشكل الركائز الجوهرية للصحة العامة

قدرة أنظمة المياه والصرف الصحي على أداء وظائفها بصورة مستقرة، الأمر الذي أدى إلى تكرار حوادث طفح المجاري وتلوث مصادر المياه في عدد من المناطق الحضرية. وتعد العاصمة عدن وجارتها محافظة لحج من أكثر المناطق التي شهدت خلال السنوات الأخيرة تحديات متزايدة في هذا الجانب، حيث تزامنت مشكلات الصرف الصحي مع ارتفاع معدلات الإصابة بعدد من الأمراض المعدية وتزايد المخاوف المرتبطة بظهور بؤر وبائية متكررة ورغم وجود دراسات تناولت التهاب السحايا من الجوانب السريرية أو الميكروبيولوجية في سياقات مختلفة، فإن الربط بين المسببات الجرثومية للمرض وبين مؤشرات التدهور البيئي المرتبطة بالصرف الصحي لا يزال محدوداً على المستوى المحلي. كما أن الدراسات التي تناولت تأثير البيئة الحضرية المتدهورة على أنماط المقاومة الدوائية للمسببات الجرثومية للتهاب السحايا ما تزال قليلة، خاصة في البيئات الهشة التي تعاني من تحديات مركبة في مجالات الصحة العامة وإدارة الموارد المائية. ويؤدي هذا النقص في

مشكلة الدراسة والفجوة البحثية

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 محافظات 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

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

بمنظومة الصرف الصحي من جهة أخرى، ضمن سياق محلي يعكس الخصائص السكانية والبيئية لمحافظة عدن ولحج. وتسعى الدراسة إلى المساهمة في سد هذه الفجوة من خلال تقديم قراءة تجمع بين الأبعاد الميكروبيولوجية والوبائية والبيئية، بما يساعد على بناء فهم أكثر شمولاً للعوامل المؤثرة في المرض وتوفير قاعدة معرفية يمكن الاستناد إليها في تطوير السياسات الصحية والبيئية المستقبلية

أهداف الدراسة

الهدف الرئيس

تحليل العلاقة بين المسببات الجرثومية لالتهاب السحايا وأمطاط مقاومتها للمضادات الحيوية وبين مؤشرات التدهور البيئي المرتبطة بمنظومة الصرف الصحي في محافظتي عدن ولحج، في إطار مقارنة تجمع بين الجوانب الميكروبيولوجية والوبائية والبيئية

الأهداف الفرعية

تحديد أهم المسببات الجرثومية المرتبطة بحالات التهاب السحايا المبلغ عنها في البيئات المتأثرة بتدهور

التدهور البيئي الحضري ومعدلات الإصابة بالمرض تكاد تكون نادرة. ويزداد هذا النقص وضوحاً عند تناول قضية مقاومة المضادات الحيوية، حيث لا تزال المعلومات المتعلقة بتأثير البيئات الملوثة وشبكات الصرف الصحي المتدهورة على ظهور السلالات المقاومة وانتشارها محدودة للغاية ومن ناحية أخرى، فإن معظم الدراسات السابقة تناولت هذه القضايا بصورة منفصلة؛ إذ ركز بعضها على الجوانب السريرية والمخبرية للمرض، بينما اهتمت دراسات أخرى بمشكلات الصرف الصحي أو التلوث البيئي باعتبارها موضوعات مستقلة. أما الدراسات التي حاولت الربط بين المسببات الجرثومية، والواقع البيئي، وأمطاط المقاومة الدوائية ضمن إطار تفسيري واحد، فما تزال قليلة، خاصة في البيئات الهشة التي تعاني من تحديات تنموية وصحية متزامنة وبناءً على ذلك، تتمثل الفجوة البحثية التي تنطلق منها هذه الدراسة في غياب تحليل متكامل يربط بين المسببات الجرثومية لالتهاب السحايا وأمطاط مقاومتها الدوائية من جهة، وبين مؤشرات التدهور البيئي المرتبطة

○ 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 أُمَاط 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

خدمات الصرف الصحي استعراض الخصائص الوبائية للمسببات الجرثومية الأكثر شيوعاً ومناقشة أُمَاط 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 أُمَاط مقاومة المضادات الحيوية المرتبطة بالمسببات الجرثومية الرئيسية للمرض في ضوء الأدبيات العلمية الحديثة

تقييم تأثير محدودية الإمكانيات التشخيصية والبنية المخبرية 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

أعباء مباشرة وغير مباشرة على النظم الصحية والمجتمعات المحلية

ثانياً: المسببات الجرثومية الرئيسية لالتهاب السحايا

تشير غالبية الدراسات الميكروبيولوجية إلى أن المسببات الجرثومية الأكثر ارتباطاً بحالات التهاب السحايا البكتيري تتمثل في *Streptococcus pneumoniae* و *Neisseria 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

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

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 للانهايار أو التدهور، تظهر مجموعة واسعة من

(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

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

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

وتبين الدراسات المنشورة في البيئات منخفضة ومتوسطة الدخل أن طفق 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 محدودة 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.

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 ومحافظة عدن ولحج على وجه الخصوص، الأمر الذي يعزز الحاجة إلى مقارنة بحثية تربط بين المسببات الجرثومية، والتدهور البيئي الحضري، وأنماط

تفسير العلاقة بين البيئة والمرض ظهر مفهوم «الصحة الواحدة» خلال السنوات الأخيرة بوصفه إطاراً تفسيريّاً 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

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

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

مستمرة في البيئة الميكروبية المحيطة بالسكان

ثالثاً: نظرية الانتقال البيئي للعوامل الممرضة

تستند هذه النظرية إلى أن الكائنات الدقيقة الممرضة لا تنتقل بمعزل عن البيئة، وإنما تتأثر حركتها وانتشارها بمجموعة من العوامل الفيزيائية والكيميائية والبيولوجية الموجودة في الوسط المحيط

وتوضح الأدبيات الحديثة أن المياه الملوثة وشبكات الصرف الصحي المتدهورة قد تتحول إلى بيئات داعمة لبقاء العديد من الميكروبات، كما يمكن أن تسهم في تسهيل انتقالها بين الأفراد والمجتمعات بطرق متعددة

وعلى الرغم من أن التهاب السحايا لا يصنف تقليدياً ضمن الأمراض المنقولة بالمياه، فإن عدداً من الباحثين يشيرون إلى أن التدهور البيئي المستمر قد يؤثر بصورة غير مباشرة في الأمط الوبائية للمرض من خلال تعزيز انتشار العوامل الممرضة، وإضعاف الظروف الصحية العامة، وزيادة معدلات التعرض للمخاطر البيئية المختلفة

من خلالها للعوامل البيئية والحضرية أن تهيئ ظروفاً مواتية لزيادة التعرض للعوامل الممرضة أو إضعاف قدرة المجتمع على احتواء انتشارها

ثانياً: نظرية المخاطر البيئية (Envi-ronmental Risk Theory)

تفترض نظرية المخاطر البيئية أن البيئة المادية المحيطة بالإنسان ليست مجرد إطار محايد للحياة اليومية، بل تمثل مصدراً مستمراً لعوامل الخطر التي قد تؤثر بصورة مباشرة أو غير مباشرة في الصحة العامة

وتشير هذه النظرية إلى أن تراكم الملوثات في البيئة الحضرية، وضعف أنظمة إدارة النفايات، وتدهور شبكات الصرف الصحي، يمكن أن يؤدي إلى زيادة العبء الميكروبي في الوسط المحيط، الأمر الذي يرفع احتمالات تعرض السكان للكائنات الدقيقة الممرضة

ومن هذا المنطلق، يمكن النظر إلى طفق مياه المجاري وتلوث مصادر المياه في عدن ولحج باعتبارهما عاملين بيئيين قادرين على التأثير في ديناميكيات انتشار الأمراض المعدية، سواء بصورة مباشرة أو من خلال إحداث تغيرات

المضادات الحيوية

شهدت قضية مقاومة المضادات الحيوية تحولاً جوهرياً في الأدبيات العلمية خلال السنوات الأخيرة. فبعد أن كانت تُفسر على أنها نتيجة مباشرة للاستخدام غير الرشيد للأدوية، أصبح ينظر إليها اليوم بوصفها ظاهرة بيئية وصحية متعددة الأبعاد وتشير النماذج الحديثة إلى أن البيئات الملوثة، وخاصة مياه الصرف الصحي، تمثل خزانات طبيعية لجينات المقاومة، حيث تتفاعل البكتيريا المختلفة في ظروف تسمح بانتقال العناصر الوراثية المسؤولة عن المقاومة بين الأنواع الميكروبية المختلفة

وبالتالي فإن دراسة مقاومة المضادات الحيوية في سياق التهاب السحايا لا ينبغي أن تقتصر على تقييم استجابة العزلات الجرثومية للعلاج، بل يجب أن تشمل تحليل الظروف البيئية التي قد تسهم في ظهور هذه المقاومة واستمرارها وانتشارها داخل المجتمع

النموذج المفاهيمي للدراسة تنطلق الدراسة من نموذج تفسيري يقوم على وجود علاقة تفاعلية بين أربعة مكونات رئيسية

رابعاً: مفهوم الصحة الواحدة (One Health)

يمثل مفهوم الصحة الواحدة أحد أكثر الأطر النظرية تطوراً في مجال الصحة العامة خلال العقدين الأخيرين. ويقوم هذا المفهوم على مبدأ أساسي يتمثل في الترابط الوثيق بين صحة الإنسان وسلامة البيئة والكائنات الحية الأخرى

ويرى أنصار هذا النموذج أن العديد من المشكلات الصحية المعاصرة، بما في ذلك الأمراض المعدية ومقاومة المضادات الحيوية، لا يمكن فهمها أو السيطرة عليها من خلال التدخلات الطبية وحدها، بل تتطلب معالجة العوامل البيئية والاجتماعية التي تسهم في نشأتها واستمرارها وفي سياق الدراسة الحالية، يوفر مفهوم الصحة الواحدة إطاراً مناسباً لفهم العلاقة بين تدهور الصرف الصحي وظهور المسببات الجرثومية وانتشار المقاومة الدوائية، إذ ينظر إلى هذه العناصر باعتبارها أجزاء مترابطة ضمن منظومة واحدة تؤثر مكوناتها بعضها في بعض بصورة مستمرة

خامساً: الإطار المفاهيمي لمقاومة

- المتغير البيئي النظري المقترح، تفترض الدراسة ما
- تدهور شبكات الصرف يلي
- الصحي . الفرضية الأولى
- طفق مياه المجاري. توجد علاقة ذات دلالة بين تدهور
- تلوث المياه السطحية منظومة الصرف الصحي وارتفاع
- والجو فية . مخاطر انتشار المسببات الجرثومية
- ضعف الإدارة البيئية. المرتبطة بالتهاب السحايا
- المتغير الوبائي الفرضية الثانية
- زيادة التعرض للعوامل تسهم البيئات المتأثرة بالتلوث الناتج
- الممرضة . عن الصرف الصحي في تعزيز ظهور
- ارتفاع احتمالات انتقال وانتشار السلالات البكتيرية المقاومة
- العدوى . للمضادات الحيوية
- تشكل بؤر مرضية محلية.
- المتغير الميكروبيولوجي الفرضية الثالثة
- انتشار المسببات الجرثومية. ترتبط فعالية أنظمة التشخيص
- تغير التركيب الميكروبي المحلي. والرقابة الوبائية بقدرة المنظومة
- ظهور سلالات أكثر قدرة على الصحية على الكشف المبكر عن
- البقاء . حالات التهاب السحايا والسيطرة على
- المتغير السريري والصحي انتشارها
- زيادة معدلات الإصابة.
- صعوبة التشخيص المبكر. الفرضية الرابعة
- ارتفاع مقاومة المضادات يوفر مفهوم الصحة الواحدة إطاراً
- الحيوية . تفسيرياً أكثر قدرة على فهم العلاقة بين
- زيادة العبء الصحي على العوامل البيئية والميكروبية والصحية
- المجتمع مقارنة بالمقاربات التقليدية التي تركز
- على العامل الممرض وحده

فرضيات الدراسة

منهجية الدراسة

استناداً إلى الأدبيات السابقة والإطار

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 للتهاب السحايا.

○ الخصائص الوبائية للمرض.

○ تأثير المياه والصرف الصحي على الأمراض المعدية.

○ مقاومة المضادات الحيوية في البيئات الملوثة.

تعتمد هذه الدراسة على منهج المراجعة التحليلية للأدبيات العلمية، بهدف تحليل العلاقة بين المسببات الجرثومية للتهاب 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

الممرضة 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 لمحافظة 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



اعتمد التحليل على أربعة محاور مترابطة
المحور الأول: البعد الميكروبيولوجي ويتناول المسببات الجرثومية الرئيسية لالتهاب السحايا، وخصائصها البيولوجية، وأنماط انتشارها، والتغيرات المسجلة في تركيبها الجيني
المحور الثاني: البعد الوبائي ويركز على العوامل المرتبطة بانتشار المرض داخل المجتمعات الحضرية، مع تحليل تأثير الكثافة السكانية والظروف المعيشية ومؤشرات الهشاشة الصحية

المحور الثالث: البعد البيئي

- مفهوم الصحة الواحدة وتطبيقاته في الصحة العامة.
- الدراسات المتعلقة بالدول منخفضة ومتوسطة الدخل.
- في المقابل، استُبعدت الدراسات التي:
 - افتقرت إلى منهجية واضحة.
 - اعتمدت على بيانات غير موثقة.
 - ركزت على حالات سريرية فردية محدودة التأثير.
 - لم تقدم نتائج قابلة للمقارنة أو التحليل.

المحاور التحليلية للدراسة

■ 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

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 الرئيسية.

■ مقارنة النتائج المتقاربة والمتباينة.

■ تحليل العلاقات التفسيرية بين المتغيرات البيئية والميكروبيولوجية.

■ ربط النتائج بالسياق الصحي والبيئي في اليمن.

تُعد المكورات الرئوية أحد أهم المسببات الجرثومية للتهاب 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 أمطاط وبائية متغيرة بمرور الزمن. وقد أدى إدخال اللقاحات المقترنة إلى انخفاض معدلات الإصابة ببعض السلالات التقليدية، غير أن ذلك ترافق مع بروز أمطاط 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

الجرثومية للتهاب 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 الإراضية واستجابتها للعوامل البيئية المحيطة. وقد أظهرت التحولات البائية خلال العقود الأخيرة أن توزيع هذه المسببات يخضع لتغيرات مستمرة تتأثر بعوامل عديدة تشمل برامج التحصين، والتحويلات 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)

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

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*

المستدمية النزلية (-) *Haemophilus influenzae*

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

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

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، مما في ذلك الازدحام، وضعف الخدمات الصحية، وتراجع مستوى النظافة العامة

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

كما أن التغيرات المناخية والاضطرابات

السابقة. فقد أدت برامج التحصين، والتغيرات الديموغرافية، والتحويلات 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 مقارنة ديناميكية تأخذ في الاعتبار التغير المستمر في خصائص المسببات الجرثومية، بدلاً من الاعتماد على التصورات التقليدية الثابتة البعد البيئي في تفسير التحويلات الميكروبيولوجية

تتزايد الأدلة العلمية التي تشير إلى أن البيئة ليست مجرد مسرح محايد لانتقال الأمراض، بل تمثل عاملاً فاعلاً

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 التحويلات الوبائية في المسببات الجرثومية

تكشف الأدبيات الحديثة أن الخريطة الميكروبيولوجية لالتهاب السحايا لم تعد ثابتة كما كانت في العقود

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، مما 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 مقتصرًا 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

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 بينها

ومن هذا المنظور، يصبح من الصعب فصل دراسة المسببات الجرثومية للتهاب 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 للتهاب السحايا تخضع لتحولات مستمرة تتأثر بعوامل بيولوجية وبيئية وصحية متعددة. ورغم استمرار هيمنة المكورات الرئوية والمكورات السحائية والمستدمية النزلية على المشهد الوبائي العالمي، فإن

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 الممرضة، 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

باعتبارها أحد أكثر العوامل تأثيراً في تشكيل الواقع الصحي للمجتمعات، نظراً لدورها المباشر في الحد من التعرض للمخاطر البيئية والعوامل الممرضة

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 الممرضات إلى مصادر المياه والأحياء السكنية

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

الصرف الصحي والصحة العامة: العلاقة البيئية

وقد أصبح هذا النمط من البيئات يُوصف في بعض الأدبيات بأنه «بيئة حضرية هشّة»، 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، والتحول العمرانية، والتحديات الاقتصادية والمؤسسية التي أثرت في قدرة الجهات المختصة على تنفيذ أعمال الصيانة والتطوير بصورة منتظمة

وقد انعكس ذلك في تكرار مشكلات طفق مياه المجاري، وظهور بوثر 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

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 طفق 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

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

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



الواحدة يساعد مفهوم الصحة الواحدة على تقديم تفسير متكامل للعلاقة بين الصرف الصحي والتلوث البيئي والأمراض المعدية. فبدلاً من النظر إلى كل عنصر معزول 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

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

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 مقتصرًا على تراجع فعالية
الأدوية المستخدمة لعلاج الأمراض
المعدية، بل امتد ليشمل التأثيرات
الاقتصادية والاجتماعية والبيئية
الناجمة 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

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

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
النجا 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

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 أمطاط 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

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

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 للبكتيريا 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 يوميا

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

وقد سجلت الأدبيات خلال السنوات الأخيرة ارتفاعاً في معدلات المقاومة لدى بعض المسببات الرئيسية للتهاب 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 الحيوية مشكلة تخص المستشفيات وحدها، بل أصبحت قضية ترتبط

السائلة

ولهذا السبب أصبحت بعض الدراسات تصف شبكات الصرف الصحي بأنها «مراكز تطور جيني مفتوحة»، قادرة على إنتاج أمطاط 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

أكثر الأمثلة وضوحاً على الترابط بين الإنسان والبيئة والكائنات الدقيقة فالسلالات المقاومة لا تنشأ داخل المستشفيات فقط، ولا تبقى محصورة داخل أجسام المرضى، بل تتحرك باستمرار عبر المياه والتربة والبيئة الحضرية وسلاسل التفاعل البيولوجي المختلفة

ومن هنا يوفر مفهوم الصحة الواحدة إطاراً تفسيرياً أكثر قدرة على فهم الظاهرة مقارنة بالمقاربات التقليدية التي تحصر المشكلة في الاستخدام الخاطئ للأدوية

فالتعامل مع المقاومة يتطلب في الوقت نفسه

- تحسين إدارة المضادات الحيوية .
- تطوير أنظمة الترصد البوابي.
- رفع كفاءة المختبرات.
- تحسين البنية التحتية للمياه والصرف الصحي.
- تقليل مصادر التلوث البيئي.

تكشف الأدبيات العلمية المعاصرة أن مقاومة المضادات الحيوية لم تعد مجرد تحدٍ علاجي، بل أصبحت قضية بيئية وصحية معقدة تشكل عند تقاطع العوامل الميكروبيولوجية

بشكل مباشر بإدارة المدن والموارد المائية والبنية التحتية البيئية

قراءة في واقع عدن ولحج

في ظل الضغوط التي تعرضت لها خدمات المياه والصرف الصحي خلال السنوات الماضية، تبرز الحاجة إلى دراسة العلاقة بين التلوث البيئي ومقاومة المضادات الحيوية في عدن ولحج بصورة أكثر عمقاً

فالمعلومات المتوافرة تشير إلى وجود ظروف بيئية تسمح بزيادة فرص التعرض للملوثات الميكروبية، غير أن حجم التأثير الفعلي لهذه الظروف على تطور المقاومة وانتشارها ما يزال يحتاج إلى مزيد من البحث والتحليل كما أن محدودية الدراسات المحلية في هذا المجال تجعل من الضروري التعامل مع القضية ضمن إطار استباقي يهدف إلى فهم المخاطر المحتملة قبل تحولها إلى مشكلة صحية واسعة النطاق

مقاومة المضادات الحيوية في ضوء مفهوم الصحة الواحدة

تمثل مقاومة المضادات الحيوية أحد

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 مقارنة شاملة تتجاوز حدود العلاج السريري لتشمل البنية التحتية والصحة البيئية وإدارة المخاطر البوائية ضمن إطار متكامل للصحة العامة

التشخيص المخبري لالتهاب السحايا: التحديات التقليدية وآفاق التقنيات الجزيئية الحديثة

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 البوائية والوراثية للمسببات الجرثومية لالتهاب السحايا

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

أهمية التشخيص المبكر في التهاب السحايا

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

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

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 الغلوكوز.

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 للسلاسل 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
العقود الأخيرة
وتعتمد على تضخيم أجزاء محددة

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

تحديد الأنماط الجينية.
دراسة العلاقات التطورية بين
السلالات
تتبع مسارات الانتشار الوبائي.
رصد الطفرات المرتبطة بالمقاومة
الدوائية

وقد أسهمت هذه التقنيات في تغيير
فهم الباحثين للتحويلات الوبائية التي
تشهدها المسببات الجرثومية لالتهاب
السحايا

التشخيص الجزيئي ومراقبة مقاومة
المضادات الحيوية
لا تقتصر أهمية التقنيات الجزيئية
على تحديد المسبب المرضي فقط
فهي تتيح أيضاً:

الكشف المبكر عن جينات المقاومة.
رصد السلالات متعددة المقاومة.
مراقبة التغيرات الوراثية المرتبطة
بالعلاج

ويمثل ذلك تطوراً مهماً في إدارة التهاب
السحايا، حيث يمكن للمعلومات
الجزيئية أن تدعم اتخاذ قرارات
علاجية أكثر دقة وفعالية

التحديات التشخيصية في البيئات
محدودة الموارد

رغم المزايا الكبيرة للتقنيات الجزيئية،

من المادة الوراثية للكائن الممرض، مما
يسمح بالكشف عنه حتى عند وجود
أعداد قليلة جداً من الخلايا البكتيرية
وتتميز هذه التقنية بعدة خصائص:
حساسية مرتفعة.
نوعية عالية.

سرعة الحصول على النتائج.
القدرة على الكشف في العينات سائلة
الزرع

ولهذا أصبحت أداة أساسية في العديد
من المختبرات المرجعية حول العالم
تقنية Real-Time PCR

مثلت هذه التقنية تطوراً إضافياً
للتشخيص الجزيئي

فهي لا تكتفي بالكشف عن العامل
الممرض، بل تسمح بمتابعة عملية
التضخم بصورة آنية وقياس كمية
المادة الوراثية الموجودة في العينة
وتساعد هذه الخاصية في:

زيادة الدقة التشخيصية.
تقليل احتمالات التلوث.
تحسين سرعة الحصول على النتائج.

تقنيات التسلسل الجيني
شهد العقدان الأخيران توسعاً كبيراً
في استخدام تقنيات التسلسل الوراثي
لدراسة مسببات الأمراض
وأصبح بالإمكان:

دعم أنظمة الترصد الوبائي. ولا يمكن تحقيق ذلك من خلال الوسائل التقليدية وحدها، مهما بلغت كفاءتها، بل يتطلب دمج التقنيات الجزيئية الحديثة ضمن البنية المخبرية 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 المخبرية جزءاً أساسياً من أي استراتيجية فعالة للوقاية والسيطرة على المرض

مناقشة تحليلية تكاملية:

التهاب السحايا عند تقاطع البيئة

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 المخبرية. 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.

الاعتبار التفاعلات المستمرة بين البيئة والكائنات الدقيقة والإنسان

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 يفهم 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

الحضرية والمخاطر الميكروبيولوجية

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 يتطلب تجاوز المنظور الطبي الضيق نحو مقاربة أكثر شمولاً تأخذ في

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 فالبكتيريا 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

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 جوهرى 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

تقنية فحسب، بل باعتباره استثماراً
استراتيجياً في الأمن الصحي والقدرة
على إدارة المخاطر الوبائية

خامساً: عدن ولحج كنموذج للتربط
بين البيئة والصحة

تُظهر حالة عدن ولحج بوضوح أن
المشكلات الصحية لا تنشأ في فراغ.
فالتحديات المرتبطة بالبنية التحتية
للمياه والصرف الصحي، والضغط
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

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

الواحدة

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

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

ينبغي إعطاء الأولوية لتحديث شبكات الصرف الصحي في المناطق الحضرية التي تعاني من تكرار حوادث طفح المجاري وتلوث البيئة المحيطة، باعتبار أن هذه الشبكات تمثل جزءاً أساسياً من منظومة الوقاية الصحية وليست مجرد مرفق خدمي. كما يتطلب ذلك اعتماد خطط طويلة الأمد للصيانة الدورية والتوسع المستقبلي بما يتناسب مع النمو السكاني والتوسع العمراني

تحتاج الجهات المختصة إلى تطوير آليات مشتركة بين القطاعات الصحية والبيئية والبلدية تسمح باستخدام البيانات الصحية والبيئية في تحديد أولويات التدخل، بما يساهم في توجيه الموارد نحو المناطق الأكثر عرضة للمخاطر الوبائية

توصي الدراسة بتطوير برامج وطنية للرصد البيئي والصحي تتابع بصورة دورية مؤشرات جودة المياه، ومستويات التلوث، وانتشار الأمراض المعدية، بما يتيح الكشف المبكر عن المخاطر المحتملة قبل تحولها إلى أزمات صحية واسعة النطاق

يمثل الاستثمار في التقنيات الجزيئية الحديثة أحد أهم المتطلبات

كما تبين أن تدهور البنية التحتية للصرف الصحي يساهم في زيادة هشاشة البيئات الحضرية أمام المخاطر الصحية، من خلال تعزيز التلوث البيئي وإضعاف الحواجز الوقائية الطبيعية التي تحد من انتقال العوامل الممرضة

وأظهرت الدراسة كذلك أن مقاومة المضادات الحيوية تمثل امتداداً لهذه الإشكالية، حيث تلعب البيئات الملوثة ومياه الصرف الصحي دوراً متزايد الأهمية في بقاء الجينات المقاومة وانتقالها بين الكائنات الدقيقة

وأخيراً، تؤكد الدراسة أن التعامل مع التهاب السحايا في البيئات الحضرية الهشة يتطلب رؤية متكاملة تجمع بين الصحة العامة والبنية التحتية والبيئة والترصد الوبائي، بدلاً من الاقتصار على التدخلات العلاجية التقليدية

ممتاز. وصلنا الآن إلى المرحلة الأخيرة من البناء العلمي، وهي المرحلة التي يركز عليها المحكمون عادة بعد المقدمة والمنهجية، لأنها تكشف القيمة التطبيقية الحقيقية للبحث

التوصيات

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 المحافظاتتين

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

المستقبلية لتحسين تشخيص التهاب السحايا والأمراض المعدية الأخرى. ولذلك توصي الدراسة بتوسيع استخدام تقنيات التشخيص الجزيئي 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

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 كلينيك
<https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/meningitis/symp>

أحداثاً بيولوجية معزولة، بل أصبحت نتاجاً لتفاعلات مستمرة بين العوامل الميكروبية والبيئية والاجتماعية والمؤسسية. ومن خلال تحليل الأدبيات العلمية المتعلقة بالمسببات الجرثومية للتهاب 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

- 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/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)
- toms-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. البوابات 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

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-guidelines-meningitis-diagnosis-care>

36. إرشادات عالمية جديدة لتسريع تشخيص التهاب السحايا وعلاجه
<https://www.contagion-live.com/view/with-its-global-bacterial-meningitis-guide>

<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 التصد 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

- 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](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](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/fulltext>
- [lines-who-aims-to-speed-up-diagnosis-treatment](https://www.who.int/news/item/2023-04-12-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/item/9789240026407>
39. مقاومة المضادات الحيوية - منظمة الصحة العالمية
<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/antimicrobial-resistance>
40. النظام العالمي لرصد مقاومة المضادات الحيوية واستخدامها (GLASS)
<https://www.who.int/initiatives/glass>
41. الخطة المشتركة للصحة الواحدة
<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-ohlep-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

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

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، مما 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

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 نفسياً 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 لتتطال 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 عائقاً أمام طلب المساعدة وتؤخر فرص التدخل المبكر والعلاج الفعال

وانطلاقاً 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 الاقتصر على الردع. وبناءً

واقع الشباب

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 للانهييار إذا غابت فرص التمكين وضاقت آفاق المستقبل. ومن أشد

برؤيتها جميعًا كسلسلة واحدة: أولاً: 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 ← يفكك الأسرة وينشر الجريمة ← مما يعمق الأزمة الاقتصادية الأولى. وأي تدخل يتجاهل حلقة من هذه السلسلة سيفشل الحلقات الأخرى. فلا جدوى من علاج نفسي لشباب 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 هم ضحايا اختلال مركب، وهم في الوقت ذاته مشاريع متعافين يمكنهم العودة ليكونوا بناءً إذا ما توفرت الإرادة السياسية لتبني «المقاربة التكاملية» التي تعالج الاقتصاد والنفس والمجتمع معًا. فمستقبل الأوطان لا يُقاس بثروتها الطبيعية، بل بسلامة عقول شبابها

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 بانحيار 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: تُنتج 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

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

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

والدراسات الأمنية.

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

أهمية البحث

تتجلى أهمية هذا البحث في أنه لا يعالج ظاهرة الإدمان بمعزل عن واقع الشباب، بل يربطها مباشرة بالأزمات المعيشية الخائفة، موضِّحاً أن البطالة وتدهور فرص العمل يسهمان بشكل كبير في دفع الشباب نحو الإدمان كوسيلة للهروب، وهو ما يكشف أن المشكلة أعمق من مجرد سلوك منحرف، إذ تمتد لتشمل كلفة اقتصادية صامتة تستنزف دخل الأسر وتزيد من حدة الفقر والعوز. كما يبرز البعد النفسي من خلال توضيح كيف يؤدي الإحباط واليأس الناتجان عن انسداد الأفق إلى البحث عن متنفس، فتتحول المخدرات إلى ملاذ مدمر يقاوم تدهور الصحة النفسية بدل معالجتها، وهو ما يمنح البحث قيمة مهمة في نقل النظرة من اللوم والوصم إلى فهم الدوافع الحقيقية. ولا تكتمل الصورة دون التطرق إلى البعد الاجتماعي، حيث يوضح تأثير الإدمان على تفكك الروابط الأسرية، وارتفاع معدلات الجريمة، وتذبذب نظرة المجتمع بين الوصمة والاحتواء، مما يهدد تماسك المجتمع ككل، مؤكداً أن الإدمان ليس قضية فردية بل أزمة مجتمعية. ومن هنا تبرز أهمية الجانب العلاجي الذي يقدمه البحث من خلال طرح تدخل متكامل يجمع بين الدعم المادي لتخفيف الضغوط، والتأهيل النفسي لإعادة بناء الفرد، والتوعية المجتمعية لكسر دائرة الوصم وتعزيز الاحتواء، وبذلك يقدم رؤية شاملة تعالج جذور المشكلة وآثارها بدل الاكتفاء بمظاهرها

مشكلة البحث

تتمثل مشكلة البحث في «التفشي المتسارع لظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان في أوساط الشباب، وارتباطها البيئي بالأزمات المعيشية والاقتصادية والاجتماعية، وما يترب عليها من آثار تدميرية متعددة الأبعاد، في ظل قصور المقاربات التقليدية الأحادية في تفسير الظاهرة والحد منها»

وتتفرع هذه المشكلة الرئيسية إلى مجموعة من التساؤلات الإشكالية التي تمثل جوهر الفجوة البحثية التي يسعى البحث لسدها والتي تتمثل في التعرف على طبيعة العلاقة السببية بين متغيري «البطالة وتدهور القوة الشرائية» ومتغير «اللجوء إلى المخدرات» بوصفه سلوكاً للهروب من الواقع؟ وإلى أي مدى يسهم الإدمان في تعميق الأزمة الاقتصادية الأصلية عبر تحويل الشاب من طاقة إنتاجية إلى عبء مادي يستنزف دخل الأسرة وموارد الدولة.

وكذلك على المستوى النفسي، كيف تتحول الأزمات المعيشية إلى «إحباط ويأس» و«عجز مكتسب» يهدد الطريق للتعاطي. والتعرف على الآليات العصبية-البيولوجية التي تؤدي بالمخدرات إلى «اختطاف» نظام المكافأة في الدماغ، وتدمير الوظائف التنفيذية العليا المسؤولة عن الكبح الأخلاقي واتخاذ القرار، وإنتاج اضطرابات ذهانية ومزاجية مزمنة.

بالإضافة إلى ذلك على المستوى الاجتماعي، كيف ينتقل ضرر الإدمان من الفرد إلى الأسرة فيؤدي إلى تفكك روابطها الوظيفية الاقتصادية والتربوية 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

بدلاً 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، وحصص 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 خياراً «عقلانياً» في ظل اللاعقلانية الاقتصادية المحيطة.⁽⁴⁾ ويقوم هذا المحور

(4) البنك الدولي، (٢٠٢٤)، مرصد الاقتصاد اليمني: تداعيات الحرب على سبل العيش - ربيع ٢٠٢٤ و واشنطن: مجموعة البنك الدولي.

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 قبولاً فورياً 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 لملاء الفراغ النفسي الذي خلفه العجز الاقتصادي. (6)

3. الأثر على الاقتصاد الكلي: من استثمار مُعطل إلى تكلفة مستدامة
تُنفق الدول مئات الآلاف على تعليم وتدريب كل شاب حتى يصل إلى سن العمل. ووفقاً لنظرية «رأس المال البشري»، فإن هذا الإنفاق يُعد استثماراً يُتوقع أن يعود على الاقتصاد الوطني عبر الإنتاج

على ثلاثة أركان مترابطة
أولاً: البطالة بوصفها عاملاً مدمراً 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. وتشير 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 وملاء 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»

(5) الحارثي، م. ع. (٢٠١٩). البطالة وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى الشباب: دراسة ميدانية على عينه من المتعاطين 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 -

راسخة بأن المستقبل مغلق، وأن أي جهد فردي لن يجدي نفعاً في مواجهة انهيار المنظومة. وفي ظل هذا اليأس، يفقد «الثمن المستقبلي» للسلوكيات المدمرة قيمته. فلماذا يمتنع عن المخدر خوفاً على مستقبله، إذا كان يعتقد أصلاً أنه لا مستقبل له؟ هنا يصبح المخدر سلوكاً متسقاً مع معطيات الواقع من وجهة نظر الشاب اليأس. (8)

2. مرونة سوق المخدرات وتكيفها 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 فتكاً بالجهاز العصبي والأسرع في إحداث الإدمان. فالشاب الذي لا يملك ثمن الدواء، يملك ثمن السم، لأن السوق السوداء أكثر كفاءة في الوصول إليه من نظام الرعاية الصحية

والضرائب والابتكار. وعندما يتحول الشاب إلى مدمن عاطل عن العمل، فإن هذا الاستثمار لا يتوقف فحسب، بل يتحول إلى «تكلفة غارقة».

فبدلاً من أن يسهم في الناتج المحلي الإجمالي، يصبح عنصراً مستهلكاً لموارد الدولة: يشغل سريراً 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)

ثالثاً: 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 عاجزاً عن تغطية الاحتياجات الأساسية. ويرى مدخراته تتبخّر، وأحلامه في الزواج والاستقلال تتباعد.

إن هذا الواقع يولد ما يمكن تسميته «اليأس الاقتصادي البنيوي»، وهو قناعة

(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.

- 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 كاملاً 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،

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 جزئياً، 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

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

1. التكلفة المباشرة: التصاعد الهندسي للإنفاق على التعاطي

لا يمثل الإدمان إنفاقاً ثابتاً، 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، غالباً من المصروف الشخصي

في البطالة وتدهور العملة تنتج الإحباط والفراغ، وهما يوفران الحاضنة النفسية للهروب نحو المخدر. والمخدر بدوره يدمر قدرة الشباب على العمل، ويستنزف دخل أسرته، ويرفع فاتورة الإنفاق الحكومي، مما يفاقم الأزمة الاقتصادية الأصلية. وعليه، فإن أي مقارنة علاجية أو وقائية تتجاهل البعد الاقتصادي هي مقارنة 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

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

يمثل البُعد النفسي الحلقة الوسيطة في سلسلة العلاقات السببية لظاهرة الإدمان. فإذا كان البُعد الاقتصادي يهدد الأرضية، فإن البُعد النفسي هو الذي يفسر لماذا يلجأ بعض الأفراد إلى المخدر دون غيرهم،

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 مكافحة. وهي أموال تُقطع 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

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

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: تخدم 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 أنني 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 التصاعديّة 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 السعادة والالتزان بشكل طبيعي، فيصبح الفرد أسير المادة.⁽¹³⁾

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

أولاً: 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 مارتين 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⁾

(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.

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

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

يسهم الإحباط في إنتاج مجموعة من «التشوهات المعرفية» التي تبرز التعاطي.

ومن أبرزها

- التعميم الزائد:

«مادام أنني فشلت في إيجاد عمل، فأنا فاشل في كل شيء، ولن أنجح أبداً»

- 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)

ثانياً: تدمير الصحة الذهنية: الآلية

العصبية-النفسية للإدمان

إن المخدرات لا تغير المزاج فحسب، بل تُحدث تغييرات بنوية ووظيفية في الدماغ

يمكن رصدها بالأشعة. وهذا هو ما يجعل الإدمان مرضاً دماغياً مزمناً وليس ضعفاً

أخلاقياً

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

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

(15) Volkow, N. D., Koob, G. F. & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from brain disease model of addiction. _ New

.England Journal of Medicine, 374_(4), 363- 371. Doi.org

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، محفزاً قوياً للاشتياق لا

يمكن مقاومته

2. التلف العضوي والوظيفي للدماغ:

الأبعاد الثلاثة للانهايار

- 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

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

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)

المحور الثالث

اجتماعيا ويتمثل في تفكك الروابط

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:

(16) القرني، ع. م. (2018). العجز المكتسب وعلاقته بتعاطي المخدرات لدى الشباب: دراسة في ضوء نظرية سليجان. _ مجلة جامعة الملك

سعود للعلوم التربوية، 20_ (2)، 201-234.

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

- 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 سبباً أولياً للإدمان. (19)

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

- شلل السلطة الوالدية:

يفقد الأب هيئته عندما يتحول إلى «محقق» يفتش غرفة ابنه، أو إلى «مفاوض» يترجاه للتوقف. وتفقد الأم دورها الحاضن عندما تتحول إلى «حارسة» تسهر الليل خوفاً من سرقة 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 الأطفال من أخيه المدمن أساليب الكذب، والمراوغة، والعدوانية، وعدم احترام الملكية، فتتشوه منظومتهم القيمية بالكامل. (20)

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

أولاً: 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، بدءاً 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.

(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.

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

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

- مناخ التهديد المزمّن:

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 المزمّن يسبب اضطرابات نفسية للأب، 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، ودفْع للمدمن نحو التشرد والجريمة بنسبة 100%. (21)

ثانياً: زيادة معدلات الجريمة الاجتماعية

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 «تحملاً»، 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 الهلوس. فالإدمان مصنع تدريجي للمجرمين. (22)

- العمل في شبكات الترويج:

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

2. جرائم الاضطراب الذهني: «تعطيل الفرامل الأخلاقية»

- الأساس العصبي:

توجد في مقدمة الدماغ منطقة تسمى «قشرة الفص الجبهي»، وهي بمثابة «فرامل» السيارة. وظيفتها: كبح الاندفاعات، وتقييم العواقب، والالتزام بالقيم. المخدرات،

وخاصة الشبو والكتاجون، تدمر هذه المنطقة. (23)

- النتيجة السلوكية:

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

- الجرائم الأسيية البشعة:

تفسر هذه الآلية جرائم قتل الآباء والأمهات التي يرتكبها مدمنون. فهو تحت تأثير ضلالة اضطهادية يرى أمه «شيطاناً» أو «عدواً 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 أقفالاً 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 هرباً على أسرهم. فيفرغ 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 ملكاً للمدمنين والمروجين ليلاً. وهذا هو «الموت السريري» للحي. (24)

ثالثاً: نظرة المجتمع للمتعاطي بين الوصمة والاحتواء

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

1. آلية عمل الوصمة: كيف نصنع المحرم بأيدينا؟

- الوصم في علم الاجتماع:

هو «لصق صفة سلبية شديدة بالفرد، حتى تصبح هي هويته الوحيدة». فبدلاً 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 فعلاً فاشل، لا أحد يحبني».

- المرحلة 3: يتصرف وفق هذه الصورة،

فيقول: «مادمث عاراً في نظركم، فسأكون أسوأ عار تتخيلونه». وهنا تتحقق «النبوءة الذاتية».

- الوصمة كحاجز أمام العلاج:

(23) الشهراني، ع. ع. (2021). الإدمان كاضطراب دماغي: الأدلة العصبية والبيولوجية في ضوء التصنيف الدولي للأمراض ICD-11 _ المجلة العربية للطب النفسي، 32_1، 10-32.

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

- 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 جرعه 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 المستقبلين قد سقطوا في أسر اللحظة الكيميائية، إن المحور الاجتماعي يكشف أن الإدمان مرض مُعد اجتماعيًا فهو يبدأ بفرد، فيفكك 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» نعرله، أم «مريض» نعالجه، أم «ضحية» نحتويه؟ اختيار المجتمع لهذا التعريف هو الذي يحدد مستقبله. فالمجتمعات التي اختارت «الاحتواء العلاجي» مع «الردع للمروج» نجت، والمجتمعات التي اختارت «الوصمة

الأسرة تخاف من الفضيحة، فتُخفي ابنها في غرفة وتعالجه بالخرافات بدلًا من أخذه للمستشفى. والشباب 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»

(25) الاهدل، م. ع. (٢٠٢٢). الوصمة الاجتماعية نحو المتعاطي من الإدمان وعلاقتها بطلب المساعدة: دراسة ميدانية في محافظة تعز. _ مجلة جامعة تعز

للبحوث والدراسات الانسانية، ٢١_٢٠ (٢)، ٢٧٧-٣١٢.

(26) Barry, C. L., McGinty, E. E. Pecosolido, 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

للجميع» غرقت. (27)

داخل الأسوار» إلى «الدمج خارجها»

تُظهر دراسات المتابعة الطويلة أن 78% من حالات الانتكاسة تحدث في الأشهر الستة الأولى بعد الخروج من المركز العلاجي، وترتبط مباشرة بالعودة إلى بيئة البطالة والفراغ نفسها. فالدماع يربط بين «الفراغ» و«التعاطي» عبر آلية «التكييف الكلاسيكي»، فيصبح الفراغ بعد 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، والتמידات 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:

توفير قروض ميسرة بدون فوائد، مع

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

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

الشريف، أ. م. (2023). فعالية برامج التأهيل المهني في خفض معدلات الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان: دراسة شبة تجريبية. _ مجلة جامعة

الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 20_ (1)، 88-122.

المحور الرابع

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

ينطلق هذا المحور من مسألة علمية جوهرية أقرتها 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 البعد 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 **أولاً: الدعم المادي: معالجة الحاضرة الاقتصادية للانتكاسة**

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

1. كسر حلقة البطالة: من «العلاج

ثانًا: التأهيل النفسي: إعادة بناء الدماغ والسلوك

إذا كان الدعم المادي يعالج «لماذا سقط»، فإن التأهيل النفسي يعالج «كيف ينهض ولا يسقط مجددًا». وهو يقوم على بروتوكول علمي صارم من أربع مراحل متسلسلة

1. المرحلة الأولى: إزالة السموم المُدارة طبيًا

Detoxification Managed Medically -

الانسحاب من بعض المواد كالكحول والمهدئات قد يسبب «الهديان الارتعاشي» الذي تصل نسبة الوفاة فيه إلى 20% دون إشراف طبي. والانسحاب من المنشطات يسبب «اكتئابًا انتحاريًا» حادًا. لذا فإن «التطبيب المنزلي» جريمة لهذا لابد من وجود الية للتدخل كوجود وحدة متخصصة داخل مستشفى، تحت إشراف طبيب نفسي وطبيب باطنة وتهيض مدرب، وتستمر من 7 إلى 21 يومًا. ويُستخدم فيها بروتوكول دوائي لتخفيف الأعراض، ومنع المضاعفات، والحفاظ على العلامات الحيوية. الهدف هنا ليس «التعافي»، بل «البقاء على قيد الحياة» للانتقال للمرحلة التالية

2. المرحلة الثانية: العلاج النفسي المتخصص

Psychotherapies Based-Evidence -

الإدمان يدمر «الوظائف التنفيذية العليا» في الفص الجبهي، وهي المسؤولة عن التحكم في الاندفاعات. والعلاجات النفسية تعمل على «إعادة تدريب» هذه المنطقة الدماغية. (30)

وممكن معالجة ذلك من خلال التالي:

- العلاج المعرفي السلوكي CBT:

إعفاء ضريبي لخمس سنوات، للمتعافين الذين يجتازون برنامجًا لريادة الأعمال. وتُشرف الحاضنة على المشروع ماليًا وإداريًا ونفسيًا لمدة عامين، لضمان عدم استخدامه كواجهة للعودة للتعاطي

2. إزالة العائق المالي أمام العلاج: «تكلفة العلاج» مقابل «تكلفة عدمه»

تشير حسابات الاقتصاد الصحي إلى أن كل دولار يُنفق على علاج الإدمان يوفر على الدولة ما بين 4 إلى 7 دولارات في بنود السجون، والمحاكم، والطوارئ الطبية، وحوادث السير، وفاقد الإنتاجية. لذا فإن مجانية العلاج ليست «مئة»، بل «استثمار عقلائي»، وعليه كانت الية التدخل كالتالي: الإدراج الإلزامي في التأمين الصحي:

سن تشريع يصنف «اضطراب تعاطي المواد» ضمن الأمراض المزمنة التي تغطيها مظلة التأمين الصحي الشامل، شاملة: إزالة السموم، والتأهيل النفسي، والأدوية البديلة كالميثادون، والمتابعة لمدة عامين.

- صندوق سيادي لعلاج الإدمان:

يُمول من نسبة من عوائد الضرائب المفروضة على التبغ والكحول، ومن الأموال المصادرة من تجار المخدرات، ويُخصص لتغطية علاج غير القادرين على الدفع، ودعم أسرهم أثناء فترة العلاج.

- تفكيك اقتصاد السوق السوداء للعلاج:

إن ارتفاع تكلفة المراكز الخاصة يدفع الأسر إلى مراكز غير مرخصة تمارس «التعذيب» باسم العلاج، مما يزيد الطين بلة. لذا يجب التوسع في المراكز الحكومية المجانية، وتجريم المراكز غير المرخصة

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

يقوم على تفكيك «الثالوث المعرفي للإدمان»: الموقف المحفز ← الفكرة التلقائية المبررة ← السلوك التعاطي. ويتم تدريب المريض على رصد أفكاره المبررة للتعاطي، مثل «الدينا خرابانة، 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)

مضادات الاشتياق:
مثل «النالتركسون» الذي يغلق مستقبلات الأفيون في الدماغ، فيفقد المخدر تأثيره النشوي، فيمل منه المتعاطي. (32)

مضادات الإحالية:
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 هرباً من اكتتابه. (33)

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

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، وحضور مجموعات الدعم ك«زمانة المدمنين

3. المرحلة الثالثة: العلاج الدوائي - *Treatment Assisted-Medication MAT*
الإدمان يسبب خللاً كيميائياً مزمنًا في الدماغ. وبعض الأدوية تعمل على «إصلاح» هذا الخلل، تمامًا كالأنسولين لمريض

(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.

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) وعليه تم إيجاد معالجات أبرزها:

- الهندسة اللغوية والإعلامية:

إصدار ميثاق شرف إعلامي يمنع استخدام كلمة «مدمن» ويستبدالها 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 ويحوّله إلى مجرم حقيقي.

- 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)

3. تجفيف المنابع: الشق الردعي

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

المجهولين»، وفحص بول عشوائي، وجلسات إرشاد أسري. الهدف هو الإمساك بالانتكاسة في أولها قبل أن تستفحل.

ثالثاً: التوعية المجتمعية: بناء المناعة الثقافية وتفكيك بيئة الجريمة

التوعية ليست شعاراً، 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

(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.

المكمل للشق العلاجي

تقوم «نظرية الردع» على أن المجرم كائن عقلائي 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 «الحيثان» و«شبكات التهريب» و«غسيل الأموال»، وليس إلى «الأسماك الصغيرة» من المتعاطين. فحسب 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 والجنazات

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 الدخل وارتفاع تكاليف المعيشة يخلق حالة

(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.

الميدانية، إلى الآتي

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 انعكاساً للأزمة المعيشية أكثر من كونها انحرافاً فردياً

2- الربط بين التحليل النظري والبيانات الميدانية، توضحت من خلال العلاقة بين الإدمان والأزمة الاقتصادية والتي تتخذ طابعاً دائرياً تراكمياً، حيث لا يقتصر الإدمان على كونه نتيجة للضغوط الاقتصادية، بل يتحول إلى عامل يعمقها. 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 تغذي فيها الأزمة والإدمان على بعضهما البعض، مما يعقد فرص المعالجة الجزئية أو الأحادية

3- المستوى النفسي، جاءت نتائج الاستطلاع الميداني متسقة بشكل واضح مع الإطار التفسيري للبحث، حيث أظهرت انتشار

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 عائقاً رئيسياً أمام طلب العلاج، مما يؤدي إلى تأخر التدخل وزيادة معدلات الانتكاس

نتائج البحث

تشير نتائج البحث، مدعومة بالمعطيات

وجود ارتباط بين انتشار التعاطي وتزايد الشعور بعدم الأمان داخل المجتمع، إلى جانب ارتفاع بعض أمهات 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

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 حلًا 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 سلبيًا على تماسكها واستقرارها. كما بينت البيانات

والعقوبات على شبكات الترويج والتهرب واستخدام أدوات تتبع حديثة

تطوير الخدمات العلاجية وتفكيك الوصمة الاجتماعية

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 سلوكاً فردياً منحرفاً، بل هي نتاج تفاعل معقد بين العوامل الاقتصادية والنفسية والاجتماعية والصحية، تتداخل فيما بينها لتشكّل بيئة خصبة لانتشار الإدمان واستمراره. 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 نفسياً 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، مما يفضي إلى زيادة الشعور بعدم الأمان وارتفاع بعض أمشاط 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

التوصيات

- 1- إطلاق برامج تشغيل طارئة وربطها بسياسات اقتصادية داعمة للدخل وتوسيع فرص العمل، مما 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 سلوكاً أخلاقياً
- 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 للمتعافين، مع تشديد الرقابة

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 التأهيل 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 للأمراض ICD-11 _ المجلة العربية للطب النفسي ، 32_ (1) ، 32-15

(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) ،

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 2024 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

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.

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

19) القرني، ع. م. (2018). العجز المكتسب وعلاقتة 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 والجنايية. (2020). التكلفة الاجتماعية والاقتصادية لتعاطي المخدرات في المجتمع المصري. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنايية

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 المتحدة 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.

شخصية العدد

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 حضوراً 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 بعداً 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