الجمهورية اليمنية

وزارة الصحة العامة والسكان

قطاع السكان

الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية

٢٠٠٦ – ٢٠١٠

أكتوبر ٢٠٠٦م

شكر و تقدير

بمناسبة إصدار الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية، يسر وزارة الصحة العامة و السكان أن تتقدم بخالص شكرها وتقديرها لكلاً من:-

- ❖ منظمة الصحة العالمية WHO
- ❖ صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية UNFPA
- ❖ صندوق الأمم المتحدة للطفولة UNICEF
- ❖ المشروع اليمني الألماني للصحة الإنجابية YGRHP

على مشاركتهم الفاعلة في إعداد ودعم الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية ٢٠٠٦-٢٠١٠، متمنين مزيداً من التعاون المشترك بين الوزارة و المنظمات بما يخدم تطوير النظم و الخدمات الصحية في بلادنا.

مع خالص تحيات قطاع السكان
وزارة الصحة العامة و السكان

جدول المحتويات

١ الخلفية والأساس لهذه الإستراتيجية خلفية و مبررالإستراتيجية ٤

٢ تحليل الوضع..... ٧

2-1 وضع الصحة الإنجابية..... ٧

2-2 محدِّدَات الصحة الإنجابية في اليمن ٧

3 الرؤية، الغرض والأهداف ١١

4 المبادئ الإرشادية للإستراتيجية ١٢

5 الأولويات الوطنية للصحة الإنجابية للفترة من ٢٠٠٦م إلى ٢٠١٠م ١٢

6 الإطار التنفيذي..... ١٤

6-1 التوجهات الإستراتيجية ١٤

6-2 الآليات المؤسسية ١٥

6-3 حشد الموارد ١٦

7 المراقبة والتقييم ١٧

8 الملحقات ١٨

الملحق رقم أ: مكونات الصحة الإنجابية..... ١٨

المكوِّن رقم ١: صحة الأم والوليد ١٨

المكوِّن رقم ٢ : تنظيم الأسرة بما فيها معالجة العقم ٢٤

المكوِّن رقم ٣: الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها نقص المناعة المكتسبة والأيدز..... ٣١

المكوِّن رقم ٤: الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب ٣٤

المكون رقم ٥: الإكتشاف المبكر لسرطان الثدي وسرطان عنق الرحم ٣٩

المكوِّن رقم ٦: معالجة الأمراض المتعلقة بما بعد سن الإنجاب ٤١

المرفق (ب): : مصفوفة التنفيذ للإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية..... ٤٣

١ خلفية و مبررالإستراتيجية

تؤثر الصحة الإنجابية على حياة النساء والرجال من بداية تكوينهم أجنة حتى ولادتهم، مروراً بمرحلة المراهقة حتى بلوغ سن متقدمة من العمر. وتشمل الصحة الإنجابية إحراز الصحة والمحافظة عليها بالإضافة إلى الوقاية والعلاج من المرض. وتشمل رعاية الصحة الإنجابية الشاملة:

- الأمومة المأمونة التي تشمل (أ) الرعاية أثناء الحمل والرعاية بعد الولادة المرتكزة على الدليل، (ب) المساعدة في التوليد من قبل كادر مؤهل وإحالة الحالات التي تعاني من مضاعفات التوليد، (ج) رعاية الطوارئ التوليدية بما في ذلك رعاية الوليد و تدبير مضاعفات الإجهاض
- المشورة والتوعية والتثقيف و التواصل والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة
- الوقاية من ومعالجةالأمراض المنقولة جنسياً (بما في ذلك داء نقص المناعة المكتسبة / الأيدز) واتخاذ الإجراءات الوقائية الشاملة لتجنب إنتقال العدوى عن طريق نقل الدم، و المشورة والفحص الطوعي
- منع العنف الجنسي والتعامل معه
- رفع الوعي حول الممارسات التقليدية الضارة مثل ختان الإناث والتخلص منها
- توفير المعلومات والتثقيف و التواصل والخدمات الخاصة بالصحة الإنجابية لجماعات محددة مثل المراهقين

تزايد الإعتراف بأهمية الصحة الإنجابية كأحد الجوانب الرئيسية المحورية تجاه تحقيق الخطة الوطنية الخمسية للصحة و التنمية للتنمية والتخفيف من الفقر المرتكزة على أهداف التنمية الألفية.

وقد أجمع المؤتمر الدولي للتنمية والسكان الذي إنعقد بالقاهرة في سبتمبر ١٩٩٤م، على تحقيق ثلاثة أهداف بحلول ٢٠١٥م: (أ) خفض معدلات وفيات الرُضَّع والأطفال والأمهات، (ب) توفير التعليم الشامل خاصة للبنات، (ج) تقديم خدمات تنظيم الأسرة وإعتبار الصحة الإنجابية حق أساسي من حقوق الإنسان، ونقل التركيز إلى تحسين نوعية الحياة للناس وليس فقط التعامل معهم كأرقام وكبح خصوبتهم. وقد تم تعزيز أهداف هذا المؤتمر من خلال قمة الألفية التي عقدت في سبتمبر ٢٠٠٠م. حيث أعلنت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة إعادة تأكيدهم على الإلتزام بالعمل تجاه عالم تحظى فيه التنمية المستدامة والتخفيف من الفقر

بالأولوية القصوى. وقد ركَّزت مرامي التنمية للألفية جهود المجتمع الدولي على تحقيق تحسُّن هام في حياة الناس وقابل للقياس. السبعة المرامي الأولى معززة لبعضها البعض وتهدف إلى تقليص الفقر بكل أشكاله. و يركز المرمى الخامس على تحسين صحة الأم ويهدف إلى خفض معدَّل وفيات الأمهات إلى ثلاثة أرباع خلال الفترة من ١٩٩٠ حتى ٢٠١٥م، فيما تهدف أحد نتائج المرمى السادس إلى وقف وتقليص إنتشار مرض نقص المناعة المكتسبة / الأيدز مع نهاية ٢٠١٥م. و يركز المرمىالثامن على تحقيق "شراكة عالمية من أجل التنمية" و يتعلق بالوسائل اللازمة لتحقيقالمرامي السبعة الأولى.

على المستوى الوطني، أعطى الأخ رئيس الجمهورية أولوية كبيرة للصحة الإنجابية والقضايا السكانية في السنوات الأخيرة وقد أكد ذلك في برنامجه الخطابي لإنتخابات الرئاسة للخمس سنوات القادمة.

وقد تم ربط الإطار التخطيطي الوطني بأهداف الألفية. ويشمل الإطار التخطيطي الوطني:

١. الرؤيا الإستراتيجية لعام ٢٠٢٥م
٢. الخطة الخمسية الأولى للتنمية لعام ١٩٩٦ – ٢٠٠٠
٣. الخطة الخمسية الثانية للتنمية لعام ٢٠٠١ – ٢٠٠٥
٤. إستراتيجية التخفيف من الفقر ٢٠٠٣ – ٢٠٠٥

إضافة إلى ذلك تم الربط بين الإستراتيجيات القطاعية مثل السياسة السكانية وخطة العمل السكانية وإصلاح القطاع الصحي.

كما تحظى الصحة الإنجابية في اليمن بأولوية عالية في السياسة الصحية لوزارة الصحة العامة والسكان وهي جزء لا يتجزأ وهدف إستراتيجي للسياسة الوطنية للسكان للفترة من ٢٠٠١ حتى ٢٠٢٥ لتحسين حالة الصحة الإنجابية لجميع السكان.

الوضع الحالي للصحة الإنجابية يجعلنا أمام تحدي ويستمر في وضع عبء غير مقبول على الصحة والتنمية الإقتصادية في اليمن. العلاقة بين الحالة الصحية والفقر واضحة، والمراضة والوفيات المرتفعة بين الأطفال هي ضمن عوائق التنمية الإقتصادية. ولذا فإن تحسين صحة الأمهات سيُثمر عنه فوائد أو منافع متعددّة وسيساهم في التخفيف من الفقر وتحقيق النمو الإقتصادي.

بالرغم من إحراز تقدم في خدمات الصحة الإنجابية خلال العقود الماضية، إلاَّ أن المؤشرات المتوفرة عن الصحة الإنجابية لازالت تشير إلى أن هناك حاجة لجهد أكثر تركيزاً لتوسيع وديمومة الخدمات في اليمن خاصة للسكان الفقراء والمحرومين من الخدمات.

الإستراتيجية السابقة للصحة الإنجابية للعام ٢٠٠١ – ٢٠٠٥ هدفت إلى خفض معدَّل وفيات الأمهات بنسبة ٢٥% من خلال زيادة التغطية بخدمات قبل الولادة إلى ٦٠% للنساء الحوامل، رفع نسبة الولادات التي يشرف عليها كادر مؤهل إلى ٤٠%، الرعاية بعد الولادة إلى ١٥%. توفير رعاية الطوارئ التوليدية (بواقع مرفق واحد يقدِّم الطوارئ التوليدية الشاملة + أربعة ٤ مرافق تقدِّم طوارئ توليدية أساسية) لكل ٥٠٠،٠٠٠ نسمة. كما هدفت الإستراتيجية إلى رفع نسبة إستخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة إلى ٣٥% من النساء في سن الإنجاب.

٢ تحليل الوضع[1]

٢-١ وضع الصحة الإنجابية

يعتبر وضع الصحة الإنجابية في اليمن الأقل حضاً في العالم العربي حيث تموت ٣٦٥ إمراة من بين ١٠٠،٠٠٠ مولود حيَّ كنتيجة للمضاعفات التي تحدث أثناء الحمل والولادة وفترة بعد الولادة مما يجعل وفيات الأمهات أكبر سبب للوفاة (٤٢%) بين النساء في سن الإنجاب في اليمن. تقدِّر وفيات حديثي الولادة بمعدل ٣٧ لكل ١٠٠٠ مولود حيَّ حيث تمثل وفيات حديثي الولادة ٤٩% من إجمالي معدَل وفيات الرضع. يعتبر معدَّل الخصوبة الكلي في اليمن من أعلى المعدلات في العالم حيث تقدَر نسبة الخصوبة في اليمن بـــ ٦،٢ %. في غياب عملية الترصد والتبليغ الملائمة، فإن نسبة انتشار الأمراض المنقولة جنسياً ومرض فقدان المناعة المكتسبة / الأيدز غير معروف بالتحديد. كما أن الحمل المبكر نتيجة الزواج المبكر تعتبر أكبر قلق على الصحة الإنجابية للشباب. في غياب برامج الفحص الشامل والتسجيل للحالات فإن نسبة حدوث سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وأمراض الصحة الإنجابية الأخرى يضل غير معروف. كما أن نسبة ختان الإناث في اليمن تقدر بـــ ٣٨%، وتقتصر هذه الظاهرة على المناطق الساحلية أكثر مما هي عليه في المرتفعات والمناطق الجبلية.

٢-٢ محدِّدَات الصحة الإنجابية في اليمن

٢-٢-١ السلوك الإنجابي

يشير مسح صحة الأسرة لعام ٢٠٠٣م بأن ٣١% من الولادات فقط تتم بإشراف كادر مؤهل. وبصرف النظر عن الجوانب المتعلقة بالوصول للخدمات وتدني جودة الخدمات بحسب رأي الناس فقد أشار البحث النوعي (على سبيل المثال: دعم العمل الخاص لقابلات المجتمع في المناطق الريفية، المؤسسة الألمانية للتعاون الفني ٢٠٠٦) بأن السكان يعتبرون وجود الكادر الطبي أثناء الولادة غير ضروري إلاَّ إذا ظهرت المشاكل، كما أن وعي السكان بعلامات المضاعفات محدود بشكل عام. هذا الموقف وعدم المعرفة بفسيولوجية الحمل والولادة يعتبران من العوامل التي تؤدي إلى التأخر في اكتشاف ومعالجة الحالات أو بقائها بدون معالجة. أحد المخاطر الرئيسية تكمن في الحمل المبكر جداً والعدد الكبير جداً من مرات الحمل المتقاربة جداً والحمل المتأخر. الولادات التي تتم في المنزل تقدر بنسبة ٧٥% و ٣,٧% فقط من الأطفال الذين ولدوا قبل ٣ سنوات من مسح صحة الأسرة الأخير

[1] المرفق رقم أ، جدول رقم ١: جميع البيانات المبينة مأخوذة من مسح صحة الأسرة لعام ٢٠٠٥م ما لم يذكر غير ذلك

حصلوا على رضاعة طبيعية شاملة. كما تشير نتائج مسح صحة الأسرة لعام ٢٠٠٣م بأن نسبة انتشار الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة بين السيدات المتزوجات تقدر بـــ ١٣,٤% (٢٧% في الحضر و ٩,٢% في الريف). كما أظهرت نتائج ذلك المسح بأن ٣٠% من النساء سيستخدمن وسائل حديثة لتنظيم الأسرة إذا سهلت عملية الوصول إليها. كما أن رُبع النساء في اليمن لا يوافقن على استخدام وسائل تنظيم الأسرة. ويأتي رفض ٢٠% من هنَّ إلى قصور في المعلومة أو خوف من الأعراض الجانبية. وبما أنَّ رُبع النساء اللاتي استخدمنَ وسائل تنظيم الأسرة اشتكت من حدوث مشاكل مع الوسيلة المستخدمة فمن المؤكد بأن هذه الشكاوي تُـبَلغ للمجتمع من خلال التواصل وقد تصبح عامل محوري في التأثير على قرار الإستخدام.

٢-٢-٢ **الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية وجودتها**

لا تزال التغطية الجغرافية للخدمات الأساسية متدنية ، مع تحيز واضح لصالح الحضر. تتأثر خدمات الصحة الإنجابية بعدم كفاية موارد القطاع العام لتقديم الخدمات الأساسية و المعدات والإمدادات الطبية الضرورية وعدم وجود نظام فعَّال لضبط الجودة، وقصور في تدريب الكادر الصحي والطبي و سوء توزيعه *.

٢-٢-٣ **التعليم**

يتميز الوضع التعليمي في اليمن بوجود فجوة واسعة بين الجنسين، تعتبر من بين الأوسع في العالم، حيث يصل مستوى الإلمام بالقراءة والكتابة بين الإناث إلى ٣١% فقط وهي أقل من نصف مستوى الذكور التي يبلغ ٧٣% . كما أن إجمالي معَّدل الإلتحاق بين الطلبة يزيد بأكثر من ٥٠% عن الطالبات (المسح اليمني لصحة الأسرة، ٢٠٠٣). المستوى التعليمي ووضع الصحة الإنجابية مترابطين جداً. في اليمن، الولادة في سن اليفاعة يحدث عشرة مرات في حالات كثيرة وغالباً مع الفتيات الغير ملتحقات في التعليم. إستعمال وسائل حديثة لتنظيم الأسرة من قبل النساء اللاتي لديهن ثانوية عامة أو جامعية تقريباً تضاعف مقارنة بالنساء اللاتي لا يستطعن القراءة والكتابة. من ناحية ثانية، النمو السكاني السريع يجري بسرعة تفوق التوسع في المنشئات التعليمية، لذا فالمستوى التعليمي المتدني للمرأة يزيد من تدهور صحتها الإنجابية. وتعالج اليمن هذا الوضع من خلال إستراتيجية تطوير التعليم الأساسي ٢٠٠٢ – ٢٠١٥ مع تركيز خاص لتعليم الفتاة. كما أعدَّت اليمن الإستراتيجية الوطنية للطفولة والشباب ٢٠٠٦ – ٢٠١٥ التي أكَّدت على الحاجة لإلتحاق الإناث في التعليم الثانوي.

٢-٢-٤ **وضع المرأة**

يؤثر الوضع الراهن للمرأة في اليمن سلباً بشكل كبير على النساء كمستخدمات للنظام الصحي وكمقدمات للخدمات الصحية. ولأن تمكين النساء متطلب مهم لتحسين وضعهن الصحي، فإن تأسيس الإدارة العامة لشئون المرأة ضمن قطاع السكان يعتبر خطوة هامة. تهدف هذه الإدارة العامة الجديدة إلى تطوير وتحسين صحة النساء طوال دورة حياتهن وتدعم وتضمن توظيفهن في قطاع الصحة. المبادئ والأهداف مفصَّلة في الإستراتيجية الوطنية للمرأة.

٢-٢-٥ **الوضع الإقتصادي**

بالرغم من التقدم الكبير في عدد من الجبهات التنموية مازالت اليمن واحدة من أفقر دول العالم، حيث تأتي في المرتبة رقم ١٤٨ من بين ١٧٥ من إجمالي دول العالم وفقاً لمؤشر التنمية البشرية لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي لعام ٢٠٠٣م. معدّل أميِّة مرتفع مرافق لفرص عمل محدودة يخلقها الاقتصاد (الخطة التنموية الثالثة للتخفيف من الفقر٢٠٠٦-٢٠١٥) يشير تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٤م بأن ٤٥,٢% من السكان يعيشون تحت خط فقر الدخل (٢ دولار في اليوم). تكاليف الخدمات تُعد من أكثر الأسباب التي يشارإليها لعدم إستخدام خدمات الصحة الإنجابية.

٢-٢-٦ **التمويل الصحي**

بلغت نسبة الصرفيات الحكومية على الصحة ٤% في ٢٠٠٣م لم تزيد لسنوات، وتبلغ حصة الفرد من هذه الصرفيات ١،٦١١ ريال (٨,٧٨ دولار أمريكي) في عام ٢٠٠٣[2]. من ناحية المبدأ، ربما يغطي هذا المبلغ الإحتياجات لتوفير الخدمات الصحية الضرورية للمواطنين. ومع ذلك، فإن الجزء الأكبر من هذا المبلغ في الوضع الراهن **لا** يصرف على الصحة الإنجابية أو حتى على الرعاية الصحية الأساسية. إضافة إلى أنَّ الطريقة الحالية في تبويب الميزانية لا تسهم في ألإنتقال بإتجاه ما يفترض أن يتم من تصنيف عملي للميزانية. ولذا فإن إعادة هيكلة وتنظيم الصرفيات يعتبر متطلب أساسي لتحقيق الأهداف الصحية المحدَّدة في هذه الإستراتيجية.

ظلت المشاركة في الكلفة أحد أكبر المصادر لموارد الخدمات الصحية. وفي الواقع، فإن معظم صرفيات الرعاية الصحية هي صرفيات شخصية يدفعها المواطن من جيبه.

[2] Fairbank, Alan, April 2006.(مراجعة الصرفيات العامة، إصلاح القطاع الصحي في اليمن للفترة من ١٩٩٩- ٢٠٠٣). Bethesda, MD: The Partners for Health Reform*plus* Project, Abt Associates Inc.

في الصحة الإنجابية، أعلنت وزارة الصحة العامة والسكان مجانية تنظيم الأسرة والولادة ورعاية الطوارئ التوليدية. ويجب تطوير آليات مناسبة لتغطية العجز في الكلفة الناتج عن مجانية هذه الخدمات والتي كانت تحصل عن طريق مشاركة المجتمع. وبهذا الخصوص تقوم حالياً وزارة الصحة العامة والسكان بإستكشاف الإمكانيات لتطبيق التأمين الصحي وطرق التمويل الصحي الأخرى مثل صناديق الإئتمان.

٣ الرؤية و الغرض والأهداف

٣-١ الرؤية طويلة المدى

تطمح الجمهورية اليمنية خلال الخمسة عشرة القادمة لأن تقدم لسكانها الخدمات المناسبة والعادلة والضرورية لتحقيق مستوى عالي من الصحة الإنجابية. ويشمل هذا بذل الجهد وتقديم الدعم الممكن لتبنِّي سلوكيات إنجابية صحية، وتسهيل الوصول لخدمات الصحة الإنجابية المضمونة الجودة والرعاية المبنية على البرهان والخدمات الوقائية بغض النظر عن الوضع الاقتصادي والاجتماعي للفرد. تقدَّم هذه الخدمات بالشراكة بين الحكومة ومنظمات المجتمع المدني وبإشراف وزارة الصحة العامة والسكان. وتتم عملية توفير خدمات الصحة الإنجابية بالتخطيط والمراقبة المشتركة بين كل من وزارة الصحة العامة وشركاء التنمية بما في ذلك القطاع الخاص.

٣-٢ الغرض من الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية ٢٠٠٦م – ٢٠١٠م

تهدف الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية (٢٠٠٦م – ٢٠١٠م) الى الاسراع في التقدم بإتجاه تحقيق أهداف الصحة الإنجابية المحددة وطنياً والمتفق عليها دولياً، و كذلك تهدف إلى قياس مستوى الإنجاز في الوصول الى هذه الأهداف. ومن المخطط أن يتم تعزيز قدرات النظام الصحي العام اللامركزي والقطاع الصحي الخاص ومنظمات المجتمع المدني والشركاء الآخرون بمن فيهم الجهات ذات التعاون الثنائي والهيئات التنموية الدولية والمتعددة الأطراف لتساهم في تحسين مستوى الصحة الإنجابية للسكان في اليمن من خلال تزويدهم بالبيئة الداعمة والتوجهات الإستراتيجية الواضحة.

٣-٣ أهداف الإستراتيجية

سيتم تحقيق الغرض المشار إليه أعلاه من خلال الأهداف التالية للإستراتيجية

- تحديد أولويات الصحة الإنجابية بوضوح للفترة من ٢٠٠٦ – ٢٠١٠ بما فيها المقاربات الإستراتيجية المختارة لتناول هذه الأولويات.
- التصديق على وثيقة الإستراتيجية بما فيها المبادئ الإرشادية من جميع الجهات ذات العلاقة
- تطوير خطط عمل سنوية لكامل قطاع الصحة الإنجابية
- إدراج خطط العمل لكل الشركاء في الصحة الإنجابية و التي تعكس الأهداف والموارد في مصفوفة التنفيذ لهذه الإستراتيجية

- مُراقبة ومُناقشة التقدّم بإتجاه تحقيق الأهداف الوطنية بشكل جماعي و دوري سنوي.

٤ المبادئ الإرشادية للإستراتيجية

بنيت هذه الإستراتيجية على المبادئ التالية:

١. الإلتزام الحكومي كما أعلن عنه في البرنامج الإنتخابي لفخامة رئيس الجمهورية.
٢. مبادئ وإستراتيجيات الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الوطنية للتخفيف من الفقر (٢٠٠٦ – ٢٠١٥) وفقاً لمرامي التنمية للألفية، والسياسة الوطنية للسكان وخطة العمل االسكانية للفترة من ٢٠٠١ إلى ٢٠٢٥، الإستراتيجية الوطنية وخطط العمل للطفولة والشباب ٢٠٠٦ – ٢٠١٠ ، بالإضافة إلى الإطار الدولي الواسع بحسب ما جاء في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة وخطة العمل اللاحقة.
٣. السياسات الوطنية الصحية التي تبنتها وزارة الصحة العامة والسكان
٤. مبادئ حقوق الإنسان بما في ذلك حق الأشخاص في تحقيق أعلى مستوى من الصحة بما في ذلك الحق في الصحة الإنجابية والحق الأساسي للزوجين والأفراد بأن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم الذين يرغبون في إنجابهم والتوقيت والمباعدة فيما بينهم، والحصول على المعلومات الصحية المناسبة والوسائل اللازمة لعمل ذلك
٥. للتأكد من إحترام هذه المبادئ ،فإن السياسات والبرامج والتدخلات ينبغي أن:
   - تعزيز المساواة في النوع الإجتماعي، مع إعطاء الأولوية للسكان الفقراء والمهمشين والفئات السكانية المختلفة خاصة المراهقين والشباب
   - تحسين الإستخدام الأمثل للموارد (الفاعلية والكفاءة) من خلال أسلوب الشراكة في التخطيط والتنفيذ والمراقبة والتقييم والتنسيق الفعّال في خدمات الصحة الإنجابية فيما بينها داخل القطاع العام، وبين القطاع العام والقطاع الخاص، ومنظمات المجتمع المدني والهيئات الدولية والشركاء التنمويين.

٥ الأولويات الوطنية للصحة الإنجابية للفترة من ٢٠٠٦م إلى ٢٠١٠م

"الصّحة الإنجابية هي حالة السّلامة البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليّس مجرد انعدام المرض أو العجز في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. كما أن من المسلّم به أن الصحة الإنجابية جزء حاسم من الصحة عموماً وأساسية للتنمية البشرية" (منظمة الصحة العالمية).

الصحة الإنجابية هي رؤية للصحة العامة تشمل لكنها ليست مقتصرة على:

١. صحة الأم والوليد
٢. تنظيم الأسرة وتشمل خدمات العقم
٣. الأمراض المنقولة جنسياً وتشمل مرض نقص المناعة المكتسبة / الأيدز و عداوى الطرق التناسلية
٤. تقصي سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم، ومعالجة أمراض النساء
٥. تعزيز الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب
٦. الوقاية من الأمراض المتعلقة بما بعد سن الإنجاب ومعالجتها

وفقاً للالتزام الرئاسي الذي تم التعبير عنه في البرنامج الانتخابي لرئيس الجمهورية حيث ركزً الرئيس في برنامجه على "برامج الترويج للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وعلى رفع الوعي الصحي والديني بخصوص تنظيم الأسرة بهدف تحقيق توازن بين السكان والنمو الاقتصادي" ، ولذلك فإن تركيز وزارة الصحة العامة والسكان سيبقى على **تنظيم الأسرة وصحة الأم والوليد**. ولا يقلل هذا من مكونات الصحة الإنجابية الأخرى لأنها مرتبطة إلى حد بعيد، ولذلك فإن التدخلات في منطقة واحدة من المرجح أن تؤثر إيجاباً على المكونات الأخرى. المرفق رقم (ب) يعطي لمحة عن كل مكوًن من مكونات الصحة الإنجابية وأيضا الأهداف المحددة للإستراتيجية الحالية بالإضافة إلى كيفية تحقيق الأهداف الإستراتيجية.

٦ الإطار التنفيذي

٦-١ التوجهات الإستراتيجية

٦-١-١ المناصرة والحشد الإجتماعي

تشمل المناصرة والحشد الإجتماعي حشد الجهات ذات العلاقة بالصحة الإنجابية بمن فيهم الرجال، وصنَاع القرار على مستوى وزارة الصحة وخارجها، و مؤسسا ت التدريب والنقابات المهنية، و المنظمات غير الحكومية، وقادة السياسة والمجتمع وعلماء الدين، والمجموعات النسوية، ومجموعات رجال وسيدات الأعمال والمجموعات الصناعية باستخدام التسويق الاجتماعي، وأساليب المشاركة،و بناء الأحلاف الإستراتيجية والشراكات عبر القطاعات وإشراك تدريجي لمنظمات المجتمع المدني في كل مراحل العمل وصنع القرار بإتجاه تحسين صحتهم الإنجابية.

٦-١-٢ التثقيف الصحي

يتبع المركز الوطني للتثقيف الصحي والسكاني قطاع السكان بوزارة الصحة العامة والسكان ويركِّز على أهمية التثقيف الصحي في الترويج لخدمات الصحة الإنجابية.و يهدف المركز إلى رفع الوعي حول القضايا المتعلقة بالصحة والسكان والبيئة في عموم أنحاء اليمن لدعم المواقف والسلوكيات والممارسات الإيجابية التي تؤثر على وضع الصحة الإنجابية. و سيحصل الأفراد والأسر والمجتمعات على المعلومة والمهارة والبيئة الممكِّنة من اتخاذ القرار حول صحتهم وصحة الآخرين ابتداء من مرحلة المراهقة. و سيتم إشراك الفئات السكانية المستهدفة بشكل متزايد في كل مراحل تطوير مواد التوعية والتثقيف والتواصل. وحرصا على الفعالية والكفاءة فستتم كل أنشطة التثقيف الصحي بالتنسيق والتعاون والتكامل داخل وزارة الصحة العامة والسكان ومع الوكالات الأخرى ذات العلاقة وبتوسع وتنظيم شبكة إتصال فعَالة.

٦-١-٣ إتاحة خدمات الصحة الإنجابية وجودتها

يتطلب إتاحة خدمات الصحة الإنجابية وجودتها لامركزية كاملة تشمل الموارد المالية والبشرية، وتوظيف كادر ملائم للخدمات الصحية القائمة للإستفادة منها في تقديم حزمة الخدمات الأساسية في أي وقت ولتحسين جودة تلك الخدمات بأسلوب شامل ومتكامل. ويجب إتاحة تلك الخدمات للفقراء والأكثر فقراً ضمن حدود الموارد المالية. كما يجب الأخذ بعين الاعتبار احتياجات فئات محددة من السكان بالطرق المناسبة، خاصة المراهقين والشباب.

٦-١-٤ بناء القدرات

سيضمن هذا:

- تطوير الوظائف التنظيمية المناسبة بناءً على مراجعة هيكلة قطاع السكان و وظائفه وكذلك الأداء على المستوى المركزي وتعزيز القدرة على التخطيط ومراقبة تنفيذ إستراتيجية الصحة الإنجابية في الإطار الأوسع للسياسات التنموية الوطنية خاصة الخطة الخمسية للتنمية والتخفيف من الفقر.
- تطوير قدرة مؤسسية فاعلّة على مستوى المحافظات والمديريات مع تركيز خاص على القيادة والتخطيط والإشراف وتأمين الإمدادات
- تطوير كادر ملائم – خاصة من النساء – لتقديم خدمات الصحة الإنجابية لجميع السكان
- تدريب مقدمي الرعاية الصحية في الأساليب والمقاربات المناسبة مثل رعاية الطوارئ التوليدية، والولادة المأمونة والنظيفة في المنزل،وإستعمال مخطط الولادة (البارتوجراف)، والمشورة في الصحة الإنجابية بما فيها تنظيم الأسرة وتركيب اللولب، و إتباع نهج التشخيص للأعراض لمعالجة الأمراض المنقولة جنسياً
- التعاون والتشبيك مع الدول الأخرى

٦-١-٥ تطوير ودعم البحوث

سيتم تطوير ثقافة البحث في خدمة وضع السياسات المرتكزة على البرهان. ولذلك ينبغي أن يركز جدول البحث على الأولويات الإستراتيجية ويأخذ بعين الإعتبار إحتياجات السكان بشكل دائم. كما أن إستعمال المعلومات الناتجة من البحوث إضافة إلى الإدارة المعرفية والمقدرة البحثية بحاجة إلى تعزيز وينبغي توفير الموارد الملائمة لها.

٦-٢ الآليات المؤسسية

تم تأسيس قطاع السكان بوزارة الصحة العامة والسكان ليوفِّر السياسة التوجيهية والإرشاد في كل مكوِّنات الصحة الإنجابية. والإدارة العامة للصحة الإنجابية الواقعة ضمن قطاع السكان ستكون مسئولة عن التنسيق بين كافة الأطراف ذات العلاقة ومراقبة وتقييم برنامج الصحة الإنجابية على المستوى الوطني وعلى مستوى المحافظات. وتعتبر اللجنة التقنية للصحة الإنجابية أحد الأدوات الأساسية التي تجمع كافة قطاعات وزارة الصحة العامة والسكان، والمستشارين الفنيين الأساسيين وكافة شركاء التنمية ذوي الصلة بالصحة الإنجابية بما فيهم منظمات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص. ويجتمع أعضاء اللجنة التقنية تحت قيادة وكيل الوزارة لقطاع السكان بشكل شهري على

الأقل لضمان التواصل والتخطيط المشترك والمراقبة بالإضافة إلى عنصر إدارة المعرفة بين أعضائها. وتماشياً مع السياسة الجديدة لوزارة الصحة العامة والسكان، توصي الإستراتيجية بإنتقال برنامج الصحة الإنجابية إلى اللامركزية الإدارية بحيث تُمكن المحافظات بالكامل من تنفيذ برنامج الصحة الإنجابية وبالتالي تكون مسئولة عن انجازاتها.

ووفقاً لعملية المراجعة المستمرة لسياسة إصلاح القطاع الصحي وعملية التوافق والتنسيق بين المانحين، فإن لجنة تسييرالصحة الإنجابية بقيادة وزير الصحة العامة والسكان ستضمن تطوير الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية حسب الأولويات والسياسات الوطنية وحسب الإتفاقيات الثنائية والدولية الراعية لعملية التنمية. كما أن الروابط مع المستويات ذات الصلة داخل وزارة الصحة العامة والسكان ستضمن التنسيق ورفع الفاعلية مثل إدارة تنمية الموارد البشرية، والرعاية الصحية الأولية والطب العلاجي، ونظم المعلومات الصحية والتنسيق مع البرامج ذات العلاقة مثل البرنامج الوطني للأيدز، وبرنامج مكافحة الملاريا.

٦-٣ حشد الموارد

حشد الموارد الحكومية والخاصة والخارجية أمر هام وحاسم في تنفيذ هذه الخطة المبنيِّة على تصميم مشترك للخطط التشغيلية وفقاً لمصفوفة التنفيذ الملحقة. ويجب أن تكون الموارد مطابقة للاحتياجات ذات الأولوية. من الملاحظ أن دعم المانحين للصحة كان يميل إلى الإنحدار خلال السنوات الأخيرة. كما أن الصرفيات الحكومية فشلت في تلبية الإحتياجات، ولذلك سيتم تشجيع ودعم مشاريع التمويل العامة مثل التأمين الصحي التي تم تطويرها بدعم من المفوضية الأوروبية كما سيتم متابعتها عن كثب للإستفادة من دروس التجربة. كما أن هناك حاجة لإستكشاف شراكات وطنية وإقليمية وتحالفات إستراتيجية مع القطاع الخاص. أما على مستوى المجتمع، فسيتم توجيه التمويل المجتمعي لدعم تدخلات الصحة الإنجابية.

٧ المراقبة والتقييم

يجب أن يكون نظام المراقبة والتقييم مصلحة عامة ومسئولية كل الأطراف. وخلال فترة هذه الإستراتيجية ينبغي أن يتم إتخاذ خطوات كبيرة بإتجاه المراجعة السنوية المشتركة لقطاع الصحة الإنجابية من قبل وزارة الصحة وشركاء التنمية بناء على تجربة قطاع التربية والتعليم. وينبغي أن يتم توفير الموارد الكافية للمراقبة والتقييم. ويفترض أن توفر الإستراتيجية الوطنية الأدوات والآليات الضرورية لنظم المعلومات الصحية لمراقبة الأداء في مجال الصحة الإنجابية مع الأخذ بعين الإعتبار تنوع الفئات المستفيدة خاصة المراهقين و الشباب. ويجب أن تسمح نظم المعلومات الصحية بجمع معلومات مركزة و صحيحة و تسمح بقياس المؤشرات الخاصة بمكونات الصحة الإنجابية و التي تمكِّن وزارة الصحة العامة من مراقبة التقدم المنجز بإتجاه تحقيق الأهداف الإستراتيجية كذلك التخطيط والإدارة وإتخاذ القرارات المرتكزة على البرهان. و يقترح الجدول التالي بعض المؤشرات الهامة للصحة الإنجابية.

جدول رقم ١: مؤشرات مقترحة للمراقبة و التقييم

١. معدَّل الخصوبة الاجمالي
٢. معدَّل خصوبة النساء في سن ١٥ – ١٩ سنة
٣. نسبة إستخدام وسائل تنظيم الأسرة
٤. نسبة الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة
٥. معدل وفيات الأمومة
٦. نسبة النساء التي زارت المرافق الصحي أربع مرات على الأقل خلال الحمل
٧. نسبة الولادات التي تمت بمساعدة مشرف توليد حاذق
٨. نسبة العمليات القيصرية من اجمالي الولادات
٩. نسبة وفيات الأمومة نتيجة لمضاعفات الولادة في المستشفى
١٠. عدد المرافق الصحية لكل ٥٠٠،٠٠٠ نسمة التي تُقدِّم رعاية طوارئ توليدية أساسية
١١. عدد المستشفيات لكل ٥٠٠،٠٠٠ نسمة التي تُقدِّم رعاية طوارئ توليدية شاملة
١٢. نسبة الأطفال الذين حصلوا على رضاعة طبيعية مطلقة في الأشهر الستة الأولى من العمر
١٣. معدل وفيات الولدان
١٤. نسبة الولدان بوزن منخفض بين المواليد الأحياء
١٥. نسبة النساء الحوامل المصابات بفقر الدم لعوز الحديد
١٦. عدد القابلات لكل ٥،٠٠٠ نسمة

٨ الملحقات

الملحق رقم أ: مكونات الصحة الإنجابية

المكوِّن رقم ١: صحة الأم والوليد

٩ تحليل الوضع

تعتبر صحة الأم والوليد حالياً أكبر مكوِّن للصحة الإنجابية. وتشمل صحة الأم والوليد: رعاية صحة الأم أثناء الحمل والولادة والنفاس ورعاية صحة الوليد. وتعتبرمساعدة الولادة من قبل مشرف توليد مدرب ورعاية الطوارئ التوليدية العمود الأساسي لصحة الأم والوليد.

ويعتبر معدل وفيات الأمومة ونسبة وفيات الولدان في اليمن من بين الأعلى في الاقليم (معدل وفيات الأمومة ٣٦٥ لكل ١٠٠،٠٠٠ مولود حيَّ، ونسبة وفيات الولدان ٣٧ لكل ١،٠٠٠ مولود حيَّ). كما يشير مسح صحة الأسرة إلى مؤشرات غير مقبولة لصحة الأم والوليد. حيث أوضح المسح بأن نسبة تغطية خدمات رعاية الحامل ٤٥%، ونسبة الولادات المنزلية ٧٧,٢%، كما أن ١٢,٦% فقط من الأمهات حصلن على الرعاية الصحية أثناء النفاس. ويؤكِّد هذا الوضع أهمية أن تتعامل الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية مع صحة الأم والوليد بشكل ملائم لكي يتم خفض وفيات ومراضات الأمهات والولدان بحسب ما حددته السياسة الوطنية الصحية لكي يتم في النهاية الإسهام في تحقيق مرامي التنمية للألفية الرابع والخامس.

ولقد سلطت المراجعات والتقييمات3 التي تمت مؤخراً حول صحة الأم والوليد الضوء على الحاجات غير الملبَّاه في هذا الجانب على النحو التالي:

١. خدمات رعاية الطوارئ التوليدية محدودة جداً حيث يفترض بحسب المعايير الدولية أن يكون لدى الخمس المحافظات التي جرى فيها المسح والتي يبلغ عدد سكانها

[3] تم تقييم للوضع في ١٠ محافظات من مشروع صحة الأم والوليد (مشروع مشترك تنفذه وزارة الصحة العامة والسكان، منظمة اليونيسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان) والبرنامج اليمني الألماني ٢٠٠٥

حوالي ٦،٩٠٠،٠٠٠ نسمة ١٤ مرفقا على الأقل لخدمات الطوارئ التوليدية الشاملة و٥٦ مرفقا لخدمات الطوارئ التوليدية الأساسية. بينما أظهرت نتائج تقييم الوضع في هذه المحافظات وجود ١١ مرفق لخدمات الطوارئ التوليدية الشاملة و ٣ مرافق فقط تقدم خدمات رعاية الطوارئ التوليدية الأساسية.

٢. تدني شديد في إستخدام خدمات صحة الأم والوليد المتوفرة في المحافظات التي تم فيها تقييم الوضع:

- ٣١% فقط من الولادات تتم بمساعدة مشرف توليد مدرب
- أقل من ١٠% من النساء اللاتي تعرضن لمضاعفات الولادة حصلن على رعاية الطوارئ التوليدية
- معدَّل العمليات القيصرية لا يزيد عن ٠,٦% بينما يفترض أن تكون بين ٥% و ١٥% من السكان

٣. نسبة المتوفيات بسبب مضاعفات التوليد بحسب سجلات كل المستشفيات يعتبر مرتفع (>١%) ويترجم تدني جودة خدمات رعاية الطوارئ التوليدية. في الواقع، (أ) معظم المرافق التي تم تقييمها لا تلبي الحد الأدنى لمعايير منظمة الصحة العالمية سواءً فيما يتعلق بالرعاية التوليدية أو في رعاية الوليد أو في رعاية ما بعد الولادة نتيجة عدم وجود الأدوية والمعدات بشكل رئيسي، (ب) تدني مهارات مقدمي الخدمة والإفتقار لمهارات التواصل مع المرضى.

٤. وقد أوضح البحث النوعي الذي تم تنفيذه في تلك المحافظات العوامل التي تعلل هذا الوضع:

- معظم مستشفيات المديريات التي تم تقييمها ليس لديها سيارة إسعاف أو وسيلة إتصال لإحالة النساء اللاتي لديها مضاعفات توليدية. وفي أغلب الأحيان، يتعين على الأسر ترتيب المواصلات بأنفسهم في حالة الطوارئ.
- تزداد صعوبة الوصول إلى الرعاية الصحية تعقيداً في ظل الظروف الإقتصادية المحدودة بالإضافة إلى العوامل الإجتماعية والثقافية التي تعتبر أن الحمل لا يتعارض مع عمل المرأة اليومي ومسئولياتها.
- النساء والرجال والمولدّات الشعبيات المدرَّبات الذين شاركوا في الدراسة لم يدركوا عن علامات وأعراض الخطر أثناء الحمل والولادة. ويتضح أن الزوج هو صاحب القرار الرئيسي في طلب الرعاية وأحياناً والدة الزوج وبالتالي فإن قرار الإحالة غالباً ما يتأخر.

- تفضل كل النساء تقريبا في المناطق شبه الحضرية والمناطق الريفية الولادة في المنزل حتى وإن توفرت الرعاية المؤسسية (المرافق الصحية). وقد ذكرت النساء ثلاثة أسباب لذلك: (١) أن الولادة حدث عادي لا يتطلب أي إهتمام خاص، (٢) الخوف من غياب الخصوصية والإحترام، (٣) الكلفة المتعلقة بالولادة في المرفق الصحي والتي لا يستطيع ألأغلبية تحملها.

المرمى والأغراض

١. المرمى

إن مرمى برنامج صحة الأم والوليد هو ضمان حصول جميع الأمهات وولدانهن على الرعاية التي يحتاجوها ليكونوا بصحة وسلامة طوال فترة الحمل وخلال الولادة وما بعد الولادة. وفقاً للسياسة الوطنية للسكان وبرنامج العمل الوطني للسكان فإن هذه الإستراتيجية الحالية تهدف إلى خفض المراضة والوفيات (خفض معدّل وفيات الأمومة بنسبة ٣٥% ووفيات الرضع بنسبة ١٠% من المستويات الحالية).

٢. الأغراض والأهداف

الغرض ١:	تحسين مستويات تغطية وجودة وإستخدام خدمات رعاية الطوارئ التوليدية بما في ذلك خدمات رعاية الولدان
الهدف ١:	• على الأقل مرفق واحد متكامل للطوارئ التوليدية الشاملة وأربعة مرافق للطوارئ التوليدية الأساسية متوفر لكل ٥٠٠،٠٠٠ من السكان • زيادة نسبة الولادات التي تمت بمساعدة مشرف توليد مدرب ٤٥% (سواءً في المرفق الصحي أوفي المنزل) • زيادة نسبة العمليات القيصرية من عدد الولادات المتوقعة إلى ٥% على الأقل • زيادة تلبية الإحتياج لخدمات الطوارئ التوليدية إلى ٦٠% من السكان. • خفض نسبة المتوفيات في المستشفى بسبب مضاعفات التوليد إلى أقل من ١% • على الأقل ٦٠% من مستخدمي خدمات صحة الأم والوليد أو أفراد أسرتهم عبروا عن رضاهم عن الخدمات المقدَّمة لصحة الأم والوليد

الغرض ٢:	رفع معدّل التغطية بمشرفي التوليد المدربين خاصة في المناطق التي يصعب الوصول إليها

الهدف ٢:	• وجود قابلة واحدة على الأقل قادرة على التوليد و تقديم خدمات الطوارئ التوليدية لكل ٥٠٠٠ نسمة • وضع إطارعمل تشريعي وتنظيمي داعم لقابلات المجتمع • اعتماد الوصف الوظيفي لقابلات المجتمع بقرار تنظيمي • رفع نسبة توظيف القابلات المجتمع المدربات الى نسبة ٧٠% إما عن طريق الخدمة المدنية أو من خلال استراتيجيات تشمل القطاع الأهلي والخاص على أن تعطى الأولوية للمناطق النائية

الغرض ٣:	تنفيذ رعاية الحمل والنفاس المرتكزة على البرهان من خلال الخدمات الروتينية في المرافق الصحية ومن خلال الخدمات المجتمعية المرتكز. وينبغي أن يكون التركيز على التغذية والتحصين والوقاية من الأمراض المعدية بما فيها الملاريا، والإستعداد للولادة والجاهزية للطوارئ
الهدف ٣:	• زيادة نسبة تغطية خدمات رعاية الحامل إلى ٦٥% • زيادة نسبة تغطية خدمات رعاية بعد الولادة إلى ٢٥% • زيادة عدد الأمهات اللاتي يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية مطلقة لمدة ستة أشهر إلى ٥٠% • خفض إنتشار فقر الدم لعوز الحديد بين النساء الحوامل بنسبة ٢٥% من الوضع الحالي • خفض إنتشار الملاريا بين النساء الحوامل بنسبة ٢٥% من الوضع الحالي • خفض معدّل المواليد ذوي الوزن المنخفض عند الولادة بنسبة ٦٠% • رفع نسبة تشخيص واحالة حالات الناسور إلى ٦٠%

الغرض ٤:	• تعزيز التثقيف الصحي والمشورة المتعلقة بصحة الأم والوليد بالشراكة مع الإعلام الوطني الجماهيري. سيعالج هذا الهدف جميع الجوانب المتعلق بصحة الأم والوليد بما فيها الإستعداد للولادة والجاهزية للطوارئ، منع إنتقال فيروس نقص المناعة المكتسبة من الأم للطفل، ختان الإناث، والحمل المبكر
الهدف٤:	• النساء وأسرهن بإمكانهم التعرف على أعراض المضاعفات وإدراك متى وكيف وأين يطلبوا الرعاية • ظاهرة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث وزواج المراهقات معروفة بأنها ممارسات ضارة لبقاء الأم والوليد • على الأقل ٠,٠٥% من النساء الحوامل حصلن على فحص فيروس نقص المناعة المكتسبة •

تحقيق هذه الأهداف يتطلب توجهات سليمة تضمن الربط خاصة، بين خدمات تنظيم الأسرة ومراكز الفحص الطوعي لفيروس نقص المناعة المكتسبة، لكي تحصل النساء على خدمات رعاية متصلة تسمح بمعالجة الحالات المرضية من منظور أشمل مما قد يزيد من الطلب على خدمات صحة الأم والوليد وبالتالي زيادة إستخدامها حتى من قبل المجتمعات التي يصعب الوصول إليها.

١٠ التوجهات الإستراتيجية

وفقاً للتوجهات الإستراتيجية العامة الموضحة في الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية فإن تنفيذ برنامج صحة الأم والوليد سيعتمد بشكل رئيسي على ٣ توجهات فعَّالة الكلُفة وثبت نجاحها: (١) رعاية الطوارئ التوليدية، (٢) رعاية الوليد الأساسية، (٣) توفر مشرفي التوليد المدربين. هذه الجوانب مفصَّلة في مصفوفة التنفيذ في الجدول رقم ٢.

المراقبة والتقييم

المراقبة هي المؤشر من التحسَّن المستمر لبرامج وتدخَّلات صحة الأم والوليد. وينبغي أن يكون التركيز على المؤشرات التي يسهل قياسها وتحليلها من قبل مقدمي الخدمات في الخطوط الأمامية. والمؤشرات الإجرائية للأمم المتحدة تقترح مجموعة من المؤشرات تسمح بالمراقبة الدقيقة للتقدَّم باتجاه توفير خدمات الطوارئ التوليدية وتحسين جودتها وزيادة الإنتفاع بها. الجدول رقم ٣ يلخص المؤشرات الإجرائية الستة للأمم المتحدة. ويمكن إستخدام نسبة الاسقاطات ولادة أجنة ميِّتة ونسبة نقص الوزن عند الولدان كمؤشرين ملائمين لقياس جودة الخدمة. كما يمكن إستخدام مؤشرات أخرى لمراقبة خدمات وتدخَّلات صحة الأم والوليد مثل "عدد القابلات لكل ٥،٠٠٠ نسمة".

كمَّا أن المراقبة الأكثر فعَّالة هي تلك التي تتم على مستوى المرفق الصحي حيث يفترض أن يأتي تحسين خدمات صحة الأم والوليد من قبل مقدمي الخدمة. بمجرد تحليل المؤشرات على مستوى المرفق الصحي فإن الفريق العامل في المرفق غالباً جداً ما يقوم بإتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين جودة الخدمة المقدَّمة. وخاصة في وجود الإشراف الداعم الذي يعتبر فرصة للتفاعل بين المشرفين ومقدمي الخدمة فيما يتعلق بالعمل معاً لتحديد المشاكل وإيجاد الحلول بشكل مشترك ووفقاً لأدوات مناسبة وقوائم مراجعة موحدة.

جدول رقم ٣ : المؤشرات الإجرائية للأمم المتحدة والمستوى الموصى به لكل مؤشر

المؤشر الإجرائي للأمم المتحدة	المستوى الموصَى به لكل مؤشر
١. توفر خدمات الطوارئ التوليدية(عدد المَرافق التي تقدم خدمات الطوارئ التوليدية)	**الحد الأدنى:** مرفق واحد متكامل يقدم خدمات الطوارئ التوليدية الشاملة لكل ٥٠٠،٠٠٠ نسمة **الحد الأدنى:** ٤ مرافق تقدم خدمات الطوارئ التوليدية الأساسية لكل ٥٠٠،٠٠٠ نسمة
٢. التوزيع الجغرافي لمرافق الطوارئ التوليدية في المستويات اللامركزية	**الحد الأدنى:** ١٠٠% من المناطق السكانية لديها الحد الأدنى من العدد المقبول من عدد المرافق التي تقدم خدمات الطوارئ التوليدية الأساسية والشاملة
٣. نسبة من كل الولادات في مرافق الطوارئ التوليدية	**الحد الأدنى:** ١٥%
٤. الحاجة الملبَّاة لخدمات الطوارئ التوليدية (نسبة النساء بمضاعفات الولادة اللاتي تم معالجتهن في مرافق الطوارئ التوليدية)	**الحد الأدنى:** ١٠٠% (تقدر بـــ ١٥% من كل الولادات المتوقع)
٥. العمليات القيصرية كنسبة من كل الولادات المتوقَّعة	**الحد الأدنى:** ٥% **الحد الأعلى:** ١٥%
٦. معدل حالات الهلاك نتيجة مضاعفات الولادة في المستشفى (عدد المتوفيات بسبب مضاعفات الولادة / العدد الاجمالى للنساء اللاتي دخلن المستشفى بمضاعفات ولادة)	**الحد الأعلى:** ١%

٥ المصدر: تصميم وتقييم برامج وفيات الأمهات، يونيو ١٩٩٧م,, D. Maine, M.Z. Akalin, V.M. Ward, A. Kamara
مركز السكان وتنظيم الأسرة، كلية الصحة العامة، جامعة كولومبيا

المكوِّن رقم ٢ : تنظيم الأسرة بما فيها معالجة العقم

تحليل الوضع

أولت الحكومة اليمنية إهتمام كبير بتنظيم الأسرة في السياسات السكانية والصحية التي تؤكد على حق الزوجين في تحديد عدد الأطفال الذين يرغبون في إنجابهم وفترة المباعدة بينهم، وحق الزوجين في الحصول على المعلومات الملائمة عن تنظيم الأسرة والحق في إختيار الوسيلة. إن تنظيم الأسرة مكون هام للصحة الإنجابية لأنه يهدف إلى تحسين صحة الأمهات والأطفال ومعافاة الأسرة والمجتمع. إن المباعدة بين الولادات تؤدي إلى خِفض معَّدل الخصوبة الاجمالي وبالتالي الحد من النمو السكاني المتزايد.

أولاً هناك إدراك متزايد بأهمية الوضع السكاني في اليمن كأحد القضايا المحورية التي تحتاج إلى معالجة كأولوية أساسية لتحقيق المرامي الوطنية للتنمية والتخفيف من الفقر. وقد تم التشدَّيد على ذلك في البرنامج الإنتخابي لرئيس الجمهورية في الإنتخابات التي جرت مؤخراً حيث أشار في برنامجه على " الترويج للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة ورفع الوعي الصحي والديني بتنظيم الأسرة بهدف تحقيق توازن بين السكان والنمو الإقتصادي" و بالتالي معالجة المشاكل كالفقر وتدني التعليم وقضايا البيئة.

ثانياً الخدمات الفعَّالة لتنظيم الأسرة يمكنها تخفيض وفيات الأمهات بحوالي ٢٥% ولذلك فإنها عنصر جوهري في الجهود الوطنية لخفض وفيات الأمهات ولتحقيق مرامي التنمية للألفية.

و يشمل هذا المكونً معالجة العُقم أيضا حيث يعاني منه ٧,٨% من الأزواج في اليمن بحسب مسح صحة الأسرة، وهو يؤثر على الصحة العامة ومعافاة الأفراد الذين يعانون منه وعلى أسرهم. و قد تكون أسباب العقم أولية (لم تحمِل من قبل) أو ثانوية (أنجبت من قبل). وقد يحدث العقم بسبب سؤ تشخيص ومعالجة الأمراض المنقولة جنسياً، وعدوى بعد الإجهاض، والشدة النفسية والأجتماعية المزمنة والتعرض للملوِّثات.

إن التوجيه الذي حددته الإستراتيجية الوطنية في المكوِّن رقم ١ و ٣ و٥، يصب في إتجاه الإسهام بشكل كبير في خفض نسبة حدوث العقم.

وبالرغم من الأهمية التي أعطيت لتنظيم الأسرة، إلاَّ أن تلبية إحتياجات السكان من تنظـــيم الأسرة يواجه ثلاث نقاط ضعف رئيسية.

- التغطية بالخدمات مازالت منخفضة جداً و خدمات تنظيم الأسرة لا تُقَدَّم بحسب إحتياجات السكان لغياب الكادر المؤهل، خاصة الكادر النسائي، وعدم الإهتمام الكافي بقضايا الجودة مثل رأي الزبون في الخدمات المقدمة. و
- عدم توفر وسائل تنظيم الأسرة بشكل دائم في المرافق الصحية
- قصور التثقيف الصحي عن استهداف الرجال كمتخذي قرار في إستخدام وسائل تنظيم الأسرة

تسهيل الوصول إلى الخدمات وتحسين جودتها:

يعمل قطاع السكان حالياً على تحديث الأدلة الإرشادية الوطنية لتنظيم الأسرة للتوجيه بإتباع المشورة الحديثة في تنظيم الأسرة.

ولا يزال هناك نقص في مقدمي خدمات تنظيم الأسرة المدرَبين، الكوادر بحاجة إلى التدريب في تقنيات وسائل تنظيم الأسرة والمشورة، وخاصة في تركيب اللولب. ولاتزال قابلات المجتمع كمقدمي خدمات تنظيم الأسرة في الصفوف الأمامية غير مصرَّح لهن تركيب اللولب حتى الآن. وهناك قرار تقوم بإعداده وزارة الصحة العامة والسكان للتصريح لقابلات المجتمع بتركيب اللولب. كما أن هناك جهود أولية تتم حالياً لإدراج البدائل الحديثة إلى الطرق التقليدية (مثل الجيل الأخير من الغرسات) ضمن قائمة وسائل تنظيم الأسرة التي سيتم توفيرها.

و لسد الفجوة بين نقطة تقديم الخدمات العامة والمجتمع، تم البدء بتقديم خدمات تنظيم الأسرة عن طريق الفِرَق والعيادات المتنقِّلة. وقد أظهرت فائدتها في بعض المناطق. تُنَفذ وزارة الصحة العامة والسكان حالياً مشروع مجتمعي للترويج للصحة الإنجابية يشمل توزيع وسائل تنظيم الأسرة ويهدف إلى تقريب الخدمات إلى السكان المحتاجين. ويتعاون متطوعي المجتمع مع مرافق الصحة العامة.

إتخذت وزارة الصحة العامة والسكان قراراً بمجانية خدمات تنظيم الأسرة في أغسطس ٢٠٠٦م. ويشمل القرار:

- مجانية وسائل تنظيم الأسرة
- مجانية خدمات تنظيم الأسرة

ولكن تظل هناك الحاجة لتطوير طرق للتأكد من جدوى تقديم خدمات تنظيم الأسرة المجانية وتوفرها للسكان من خلال تغطية نفقات التشغيل لهذه الخدمات من مصادر أخرى.

تأمين وسائل تنظيم الأسرة:

حتى الآن، لم تتم عملية التأمين السلعي لوسائل تنظيم الأسرة بطريقة منهجية. بينما هناك مدير مسئول عن تنظيم الأسرة على المستوى المركزي وشخص مسئول عن المخزن المركزي، إلاَّ أن المسئوليات والسلطات للتعامل مع القضايا الأساسية كالمشتريات الخارجية للتأمين السلعي للوسائل، إعداد الميزانية، الخزن والتوزيع وضبط الجودة غير واضحة أو غير كافية.

وعلى الرغم من أن وسائل تنظيم الأسرة موجودة في قائمة الأدوية الأساسية، إلاَّ أن شرائها يتم بشكل مستقل عن بقية الأدوية. و حيث أن عملية شراء الأدوية الأساسية والسياسة الوطنية بهذا الخصوص غير واضحة، فقد يكون الفصل بين وسائل تنظيم الأسرة و الأدوية الأساسية ذو فائدة في الوضع الراهن.

ويعمل العديد من المانحين والمنظمات غير الحكومية في مجال توفير وسائل تنظيم الأسرة في مستويات مختلفة (شراء، توزيع) وتستخدم طرق مختلفة منها الشراء عن طريق صندوق الأمم المتحدة للسكان، و عن طريق القطاع الخاص، أو تُقدَّم عن طريق المرافق الصحية العامة وعيادات الـــلجمعيات غير الحكومية والتسويق الإجتماعي والتوزيع المجتمعي.والقطاع الخاص هو بالتأكيد أكبر الجهات التي توفر وسائل تنظيم الأسرة. ولا توجد معلومات موثوق بها لقياس أداء قطاعات السوق المختلفة . تعتمد اليمن على المسوحات الديموغرافية (السكانية) لتقدير نسبة إستخدام وسائل تنظيم الأسرة، بينما يتم الإعتماد على نظام المعلومات من القطاع العام لدي وزارة الصحة العامة والسكان في عمل إسقاطات لتحديد وسائل تنظيم الأسرة المطلوبة.

وتم إتخاذ عدد من الإجراءات لدعم نظام الإمداد والتموين لوسائل تنظيم الأسرة، لكن لم يوفق كلا الجانبين – وزارة الصحة العامة والسكان والجهات المانحة في وضع هذه الجهود ضمن إطار مشترك والعمل على تحسينها بشكل متماسك. بعد التخطيط المشترك واستئناف تقييم الوضع للنظام الإمداد والتموين في القطاع الخاص، يتم حالياً تنفيذ أحد عناصر التوصيات بشكل تجريبي في بعض المديريات: تم إعداد خطط النقل (من المحافظات إلى المديريات ومن المديريات إلى المرافق الصحية)، تم تدريب الكوادر المسئولة عن الإمداد في كيفية حساب الإحتياج وكيفية تقديم الطلبات بطريقة صحيحة وفي الخزن السليم وفي إدارة المخزون). إستلمت بعض المحافظات والمديريات مبالغ مالية لتغطية نفقات النقل.

بينما من ناحية تقوم فرق الصحة الإنجابية بتجارب إيجابية جداً وهناك شعور عام لدي هذه الفرق بأنها متمكّنة، إلاَّ أنه في الوقت ذاته أصبح واضحاً أن الفشل في معالجة قضايا المستوى المركزي يحد من قيمة هذا العمل ، فعلى سبيل المثال:

- لا توجد سجلات سليمة ولا نماذج أو إستمارات التقارير في المرافق الصحية لتقديم معلومات عن إستهلاكها السلعي لوسائل تنظيم الأسرة إلى المستويات الأعلى (السجلات القديمة لم تطبع والسجلات الجديدة لم تصمم بعد).
- لم يتم تطوير أدِّلة التدريب بعد إلى أن يتم التوصل إلى إتفاق واضح حول كيفية معالجة التوزيع. الجهود التي بذلت لإشراك القطاع الخاص كانت مبنية على قرارات عشوائية و ربطت في ما بعد بنقاشات إستراتيجية لكنها تَرَكت بعض الشك عن إمكانية نهج خطة النقل على المدى البعيد.
- كان هناك نقص في منتجات وسائل تنظيم الأسرة لفترات طويلة من الوقت بسبب: (أ) لم يتم إطلاق المنتجات من الجمارك كما كان متوقع، (ب) تم إغلاق المخزن المركزي لعدم دفع الإيجار ولأسباب أخرى
- لم يتم إتخاذ قرار واضح عن أنواع الأصناف التي سيتم توفيرها. على سبيل المثال هل الحبوب الرغوية المهبلية ستبقى ضمن قائمة تنظيم الأسرة أم لا.
- القرار عمَّا إذا كانت وسائل تنظيم الأسرة ستكون مجاناً أم لا كان معلقًّا وخلق إشكاليات تطبيقية لفترة (الآن هناك قرار بأن الوسائل في القطاع الخاص ستكون مجاناً).

وزارة الصحة العامة والسكان وشركاءها على دراية بالوضع المذكور أعلاه وقد تم تشكيل فريق لإحياء مجموعة تأمين وسائل تنظيم الأسرة على أمل الإنتقال السريع لتطوير وثيقة إطار مشتركة لتأمين الصحة الإنجابية متضمنةً وسائل تنظيم الأسرة ليتم المصادقة عليها من جميع الشركاء لتحمل مسئولية نظام التأمين بشكل مستدام.

المرمى والأغراض

المرمى

الغاية الإستراتيجية للصحة الإنجابية هي زيادة إستعمال الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة في اليمن إلى ٣٣% من خلال توفير خدمات مقبولة الجودة وقريبة من السكان المحتاجين بالإنتقال بإتجاه أسلوب السوق الكامل (القطاع العام يقدم خدمة، القطاع الخاص يقدم خدمة منضبطة والتسويق الإجتماعي والخدمات المجتمعية).

الغرض ١: تطوير و تعزيزنظام فعال و قوي لتقديم خدمات لتنظيم الأسرة ضمن برنامج الصحة الإنجابية

الهدف ١ :

- تطوير نظام تأمين وسائل تنظيم الأسرة
- تأسيس التسويق الاجتماعي كأسلوب لتوفير وسائل تنظيم الأسرة لشرائح معينَة من السكان
- الارتقاء بالأساليب الناجحة للتوزيع المجتمعي لوسائل تنظيم الأسرة
- التنسيق والشراكة والعلاقة التعاقدية مع القطاع الخاص
- سياسات تنظيم الأسرة تؤمن بيئة مساعدة لتقسيم فعال للمهام بين الجهات ذات العلاقة وبين القطاعات

الغرض ٢: تقديم خدمات تنظيم الأسرة عالية الجودة

الهدف ٢:

- زيادة عدد مقدمي خدمات تنظيم الأسرة المؤهلين خاصة الكادر النسائي منهم.
- تحسين مهارات التواصل والمشورة
- زيادة في عدد المرافق الصحية التي تنفذ مبادئ إدارة الجودة الشاملة بالتركيز على رضى المستفيدين
- إعدد المرافق الصحية ليكون فى كل مرفق شخص مدرب واحد على الأقل في طرق الوقاية والتشخيص والمعالجة للعقم.
- تمكين قابلات المجتمع من أجل تركيب اللولب وزيادة عدد مقدمي الغرسات
- إنشاء أربعة مراكز متخصصة داخل مستشفيات الإحالة في أربع محافظات مختلفة لتشخيص ومعالجة العقم

الغرض ٣: تحسين المعرفة والمواقف في المجتمع تجاه خدمات تنظيم الأسرة

الهدف ٣ :

- تشجيع المجتمع، الرجال والنساء وقادة المجتمع لمناقشة الصحة الإنجابية وعواقب الحمول غير المرغوبة أوالمتكررة
- توفيَر تثقيف صحي ومشورة فعَالة حول تنظيم الأسرة والعقم لكل من:
  - النساء في سن الإنجاب
  - أصحاب القرار من الرجال والنساء
  - المراهقين

– المجتمعات

- تنفيذ بحوث تطبيقية حول المقاربات المختلفة للتثقيف الصحي ولترويج لخدمات تنظيم الأسرة

الغرض ٤: تبنى القرارات الإستراتيجية والتطبيقية على معلومات محدَثة من المرافق الصحية والمجتمع عن حجم المخزون

الهدف ٤:

- المرافق الصحية توفر تقارير دورية عن الوسائل التي تم توزيعها
- المستويات اللامركزية تقوم بتحليل وتقديم البيانات إلى المستوى المركزي
- المستوى المركزي يقدم تغذية راجعة دورية إلى المستويات اللامركزية والشركاء التنمويين ويراقب ملائمة نظام التوريد والتوزيع
- تم وضع نظام مراقبة لمعرفة واموقف الناس تجاه تنظيم الأسرة

التوجهات الإستراتيجية

وفقاً للتوجهات الإستراتيجية العامة الموضحة في الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية فإن تطبيق برنامج تنظيم الأسرة سيركّز على: (أ) تحسين الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة الشاملة من خلال ضمان توفُّر وسائل تنظيم الأسرة وتأمينها بشكل مستمر، (ب) تشجيع التسويق الإجتماعي والتوزيع المجتمعي وتمكين قابلات المجتمع من تركيب اللولب، (ج) تحسين جودة خدمات تنظيم الأسرة عن طريق التدريب المبني على تعزيز مهارات مقدمي الخدمات بالتركيز على تحسين مهارات التواصل الشخصي، والإشراف المنتظم الموجه نحو تحسين الجودة، (د) تحسين معرفة ومواقف الأفراد والمجتمعات حول تنظيم الأسرة من خلال أساليب التثقيف الصحي الحديثة.

المراقبة و التقييم

ينبغي أن تركز عملية المراقبة والتقييم على كل من التغطية لوسائل تنظيم الأسرة وعلى الخدمات المؤهَّلة وذلك لتوفير المعلومة الملائمة لإدارة الخدمة نحو تحسين توفر، وجودة، واستخدام خدمات تنظيم الأسرة. وبالرغم من أهمية نسبة إنتشار وسائل تنظيم الأسرة للتقييم ، إلاَّ أنه لايزال يقاس عن طريق المسوحات المكلفة ، ولذلك فهو ليس مؤشر مناسبا للتخطيط و الإدارة. ولذلك فإن علينا رصد عدد الوسائل التي تم توزيعها في القطاع العام والخاص بما في ذلك التسويق الإجتماعي. بالرغم من أن كمية الوسائل الموزعه قد يعكس

التغيرات في المواقف والسلوكيات، ستبقى هناك حاجة للقيام ببحث نوعي للتمكن من فهم أفضل لتوجهات السكان وبالتالي تعديل رسائل التوعية الصحية بموجب هذا الفهم.

المؤشرات والمستويات المقبولة

المؤشر	المستوى المقبول
معدل إنتشار وسائل تنظيم الأسرة	٣٥%
نسبة المرافق الصحية المقدمة لخدمات تنظيم الأسرة مؤهلة	على الأقل ٩٠% من المرافق الصحية
زيادة التغطية بخدمات تنظيم الأسرة في المناطق النائية	٣٠%
توفر إحصائيات دقيقة وموثوق بها	توفر إحصائيات ربعيه مكتملة لدي الإدارة العامة للصحة الإنجابية
متوسط عدد الأيام التي لم تتوفر فيها الوسائل	أقل من يوم

المكِّون رقم ٣: الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها عدوى نقص المناعة المكتسبة والأيدز

تحليل الوضع

إلى جانب كونها مشكلة صحية بحد ذاتها إلاَّ أن الأمراض المنقولة جنسياً مرتبطة بزيادة مخاطر إنتقال عدوى نقص المناعة المكتسبة والأيدز. وتشير تقديرات وزارة الصحة العامة والسكان إلى أن هناك ١٥٠،٠٠٠ حالة سنوياً تصاب بالأمراض المنقولة جنسياً.

تصنف اليمن بين الدول التي تعتبر فيها عدوى نقص المناعة المكتسبة قليلة الإنتشار. وتشير إحصائيات البرنامج الوطني للأيدز بأن هناك ١٨١٠ حالة عدوى نقص المناعة المكتسبة ، ٣٤% منهم نساء (ديسمبر ٢٠٠٥م). وهناك ٥٠٣ حالة داء نقص المناعة المكتسبة (أيدز) (يونيو ٢٠٠٦م). ولكن، يُعتقد بأن هذه البيانات أقل بكثير مما هو عليه الوضع في الواقع. حيث يقدِّر كل من برنامج الأمم المتحدة للأيدز ومنظمة الصحة العالمية بوجود 12,000حالة تعيش بمرض الأيدز في اليمن.

البرنامج الوطني للأيدز هو المؤسسة الرئيسية المسئولة عن مواجهة مرض الأيدز من الجانب الصحي تحديداً. وهناك إطار إستراتيجي وطني تم تطويره والمصادقة عليه عام ٢٠٠٦م للسيطرة على مرض الأيدز والوقاية منه. وقد تم تحديث الخطة عام ٢٠٠٦م. من ناحية ثانية فإن الإدارة العامة للصحة الإنجابية التابعة لقطاع السكان تلعب دوراً محورياً عبر الأنشطة المختلفة بالتعاون والتكامل مع البرنامج الوطني للأيدز.

تشمل جوانب ادماج عدوى نقص المناعة المكتسبة / الأيدز مع خدمات الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة جنسياً تقديم المشورة والفحص الطوعي، وخدمات الوقاية من إنتقال العدوى من الأم إلى الطفل، ومعالجة الأمراض المنقولة جنسياً واالعداوى الإنتهازية، ورعاية الأشخاص المصابين بعدوى داء السل وعدوى نقص المناعة المكتسبة والأيدز وخاصة النساء منهم، إضافة إلى المراقبة والإشراف وحملات رفع الوعي .

الأرقام المذكورة في تقارير البرنامج الوطني للأيدزتشير إلى أن ٧,٢% من النساء مصابات بالأمراض المنقولة جنسياً ما عدى الأيدز

إضافة إلى ذلك فإن مسح صحة الأسرة لعام ٢٠٠٥ يوضح الآتي:

- ٥٢% من النساء المصابات بالأمراض المنقولة جنسياً تطلب الإستشارة
- ٣٩% من النساء المصابات بالأمراض المنقولة جنسياً لا تطلب الإستشارة
- ٤٥% من النساء المصابات اللاتي لا تطلب الإستشارة بسبب الكلفة الباهظة للخدمة
- ٣٤% من النساء المصابات اللاتي لا تطلب الإستشارة لعدم توفر الخدمة

- ٣٢,٦% من النساء المصابات اللاتي لا تطلب الإستشارة بسبب الوصمة أو الخوف

جوانب تقديم الخدمة:

١. برامج المعرفة والتثقيف والتواصل: بين المجموعات الأكثر عرضة للخطر، والمجتمع والعاملين الصحيين لرفع الوعي والقضاء على الوصمة والتمييز التي يتعرض لها مرضى نقص المناعة المكتسبة أو الأيدز.

٢. المشورة والفحص الطوعي في عيادات تنظيم الأسرة والأمراض المنقولة جنسياً لتتمكن النساء من معرفة حالة الإصابة لديهن بعدوى نقص المناعة المكتسبة بشكل طوعي وسرِّي من أجل ضمان حياة نوعية جيدة بحيث تبقى الحالات غير المصابة محمية بينما تطلب الحالات المصابة الرعاية والدعم وتعمل على حماية أفراد أسرتها.

٣. أنشطة منع إنتقال عدوى نقص المناعة المكتسبة من الأم إلى الطفل داخل عيادات رعاية الحوامل التي تشمل المشورة والفحص الطوعي، والدعم، والمعالجة من أجل الوقاية من إنتقال العدوى من الأم إلى الطفل

٤. إستمرارية رعاية النساء المصابات بفيروس نقص المناعة المكتسبة وتقديم الدعم لهن وتقديم المعالجة للأمراض المنقولة جنسيا ونقص المناعة المكتسبة / الأيدز

ويبقى قطاع الصحة محدود في مواجهة المرض فيما يتعلق بـــالجوانب التالية:

٢. القدرة في التغطية الفعاّلة بالخدمات للأشخاص المصابين أو المتأثرين بعدوى نقص المناعة المكتسبة / الأيدز

٣. الموارد البشرية في الجوانب الفنية والإدارية سواءً على المستوى المركزي أو على مستوى المحافظات

٤. الموارد المالية حيث يعتمد البرنامج بشكل كبير على دعم المانحين

٥. وجود وصمة وتمييز تجاه المرضى المصابين بنقص المناعة المكتسبة حتى داخل قطاع الصحة مما يعيق تقديم خدمات صحية فعاَّلة بما فيها المشورة والفحص الطوعي وتوفير أدوية الفيروسات الإرتجاعية لمرضى نقص المناعة المكتسبة.

٦. غياب مشاركة القطاع الخاص والمجتمعات

المرمى والأغراض

يهدف البرنامج الوطني للأيدز إلى تخفيض حدوث الأمراض المنقولة جنسياً والأيدز بـــنسبة ٣٠% من المستوى الراهن مع نهاية عام ٢٠١٠.

وتهدف الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية إلى المساهمة في هذا الهدف إلى التشجيع لإتباع نهج التشخيص بالتعرف على الأعراض ومن خلال دعم التثقيف الصحي للتقليل من الممارسات السلوكية الخطرة ولمحو الوصمة.

الهدف

يتم علاج الأمراض المنقولة جنسياً بأسلوب نهج التشخيص بالتعرف على الأعراض في المرافق الصحية

التوجهات الإستراتيجية

١. دعم جهود الترصد والتبليغ حول الأمراض المنقولة جنسياً والأيدز من خلال ربط البحوث التطبيقية بخدمات الصحة الإنجابية (على سبيل المثال تأسيس مواقع ترصد في عيادات رعاية الحوامل)

٢. الإسهام في رفع وعي المجتمع، خاصة للمراهقين، الشباب ومجموعات الخطر، عن طرق الوقاية من وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك عدوى نقص المناعة المكتسبة والأيدز

٣. دعم تقديم الخدمات الوقائية (المشورة والفحص الطوعي، والوقاية من إنتقال عدوى نقص المناعة المكتسبة من الأم إلى الطفل) والعلاجية (معالجة الأمراض المنقولة جنسياً وتوفير علاج الفيروسات الإرتجاعية للمرضى المصابين بفيروس نقص المناعة المكتسبة) ضمن نظام الرعاية الصحية ودمجها في خدمات الصحة الإنجابية.

٤. بناء قدرات الكوادر الفنية والإدارية لضمان تقديم خدمات صحة إنجابية وقائية وعلاجية كافية وعالية الجودة.

المؤشرات و المستويات المقبولة:

المؤشر	المستوى المقبول
تدريب مقدمي الخدمات على علاج الأمراض المنقولة جنسياً بأسلوب نهج التشخيص بالتعرف على الأعراض	١٢٠٠

المكوِّن رقم ٤: الصحة الإنجابية عند المراهقين والشباب

تحليل الوضع

يمثل المراهقون والشباب (الفئة العمرية من ١٠- ٢٤ سنة) ثلث إجمالي السكان في اليمن تقريباً، وهم في زيادة مستمرة. ولذلك تُعتَبرهذه الفئة هَم محوري و في نفس الوقت مورد رئيسي للصحة والتنمية في اليمن في الحاضر والمستقبل.

من المتوقع أن يزداد عدد الولادات بين الفتيات في سن المراهقة أكثر من الضعف خلال ٢٠ سنة فقط من ٣٠٢،٠٠٠ إلى ٦٣٠،٠٠٠ ولادة، يعتبر الزواج في اليمن أمر مهم من الناحية الإجتماعية، وإثبات الخصوبة عامل محوري للأزواج في السنة الأولى من زواجهم. و يتزوج الكثير من النساء وهن لازلن في سن المراهقة حيث يكون لديهن معلومات منقوصة أو مغلوطة عن الصحة الإنجابية. وتعتبر معلومات وخدمات الصحة الإنجابية أمر يخص المرأة المتزوجة فقط، وغالباً لا تحصل النساء في سن المراهقة على خدمات تنظيم الأسرة حتى ينجبن المولود الأول.
لم تحصل فئة المراهقين والشباب على الإهتمام الكافي في السياسات[4] حتى مؤخراً حيث تم تطوير وإقرار الإستراتيجية الوطنية للطفولة والشباب ٢٠٠٦ – ٢٠١٥ كخطوة هامة تجاه الإعتراف بإحتياجات هذه الفئة من السكان. توفر هذه الإستراتيجية إطاراً أوسع و متعدد القطاعات تناول القضايا المحددة التي يجب معالجتها من خلال الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية.

حددت الإستراتيجية الوطنية للطفولة والشباب الجوانب التالية كقضايا رئيسية أولوية حرِجَة تعرض الشباب للخطر:

- الزواج المبكر / الحمل المبكر
- الأمراض المنقولة جنسياً / الأيدز

ولقد أصبح واضحا من خلال التجارب الدولية أن برامج الشباب والمراهقين تحرز نجاحاً أفضل عندما تساعدهم على تطوير مهاراتهم ومواهبهم التي تسهم من زيادة فرصهم الإقتصادية القابلة للنجاح، وتنمِّي إحساسهم بإمكانية نجاحهم في الحياة لاحقاً. هذه الفرص متزامنة مع معلومات وخدمات عن الصحة الإنجابية يمكن أن تساعد الشباب في فهم الأثر طويل الأمد المترتِّب على قرارتهم وأهمية التخطيط للمستقبل. والشباب من كلي الجنسين – ذكور وإناث – بحاجة إلى تثقيف في الصحة الإنجابية. ولأن مواضيع الصحة الإنجابية قد تبدو حسَّاسة، ذلك فإن البرامج التي تقدم خدمات الصحة الإنجابية للشباب والمراهقين من الجنسين قد تلقى بعض المقاومة من المجتمع. من ناحيةأخرى، أشارت البحوث[5] الكمية والنوعية مؤخراً بأن الشباب في اليمن لديهم إحتياج محدد وواضح فيما

[4] الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب في اليمن: القضايا والسياسات والبرامج، الدكتورة أروى الربيع، يناير ٢٠٠٣م مشروع السياسة
[5] دراسة المفاهيم والمواقف والسلوكيات في اليمن، المجلس الوطني للسكان، ٢٠٠٦ الأسئلة الأكثر طرحاً عن الصحة الإنجابية، البرنامج اليمني الألماني للصحة الإنجابية

يتعلق بالمعلومات وخدمات الصحة الإنجابية. وقد أظهرت المشاركة الواسعة في مؤتمرات لتطوير إستراتيجية للطفولة والشباب و المشاركة في تطوير مواد تثقيفية للشباب ومعهم، من خلال علماء الدين، ومهنيي الصحة والتعليم، والأباء الأمهات، والإعلاميين وأخرين أن هناك حاجة وإمكانية لخلق شراكة بين الكبار والشباب من أجل لصحة الإنجابية.

المرمى والأغراض

١. المرمى

إن مرمى الصحة الإنجابية عند المراهقين والشباب هو أن يتم خفض نسبة الحمل المبكر (من ٧,٢% عام ٢٠٠٣م إلى ٣,٦% مع نهاية ٢٠١٠م) والوقاية الفعَّالة من المراضة والوفيات بين المراهقين والشباب الناتجة عن الأمراض المنقولة جنسياً، ومراضة ووفيات الأمومة أثناء الحمل والولادة والنفاس.

٢. الأغراض

الغرض ١: خلق بيئة مساعدة للمراهقين والشباب للإستمرار في تعليمهم

الهدف ١:

- خدمات الصحة الإنجابية و تنظيم الأسرة تسهم في تشجيع المجتمع لدعم إستمرار تعليم الفتاة وإكمالها للمرحلة الثانوية.
- قطاع السكان يسهم مع شركاءه في مراجعة التشريعات والسياسات المتعلقة بالزواج المبكر لتتماشى مع المعايير والإتفاقيات الدولية التي إلتزمت بها اليمن.
- تطوير وتنفيذ خطة تواصل لرفع الوعي حول عواقب الحمل المُبكَّر
- تطوير شراكات بين الكباروالشباب لتمكين المراهقين من اجتناب الحمل المُبكَّر

الغرض ٢: الوقاية الفعَالة من أمراض ووفيات الجهازالإنجابي مثل (الأمراض المنقولة جنسياً، ومضاعفات التوليد، ووفيات الأمهات) بين المراهقين من خلال تقديم المعلومات الصحيحة والمناسبة وخدمات الصحة الإنجابية الصديقة للشباب

الهدف ٢:

- تم تنفيذ البرامج التي تقدَم معلومات مناسبة وصحيحة عن الصحة الجنسية من خلال رسائل رفع الوعي عن الحمل المُبكَّر والأمراض المنقولة جنسياً عن طريق برامج الصحة المدرسية وقنوات الإتصال الأخرى مثل الإعلام المكتوب، الراديو والتليفزيون
- إشراك الشباب في تصميم وتنفيذ وتقييم البرامج الموجهه لهم
- تدريب مقدمي خدمات الصحة الإنجابية لتلبية هموم وإحتياجات الشباب الخاصة

- إدماج تمارين بناء المهارات ضمن برامج الشباب لمساعدة الشباب في تطوير مهارات إحترام الذات والتواصل.
- الاعتماد على الخدمات الصديقة للشباب والتثقيف الصحي الخاص بالشباب من أجل تصميم تدخلات تجريبية

التوجهات الإستراتيجية

سيتم تنفيذ مكوِّن الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب وفقاً للإتجاهات الإستراتيجية العامة الموضَّحة في الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية. وستعتمد عملية التنفيذ بشكل رئيسي على ثلاثة إتجاهات فعَّالة وذات مردود ومبنَّية على البرهان، هي: (أ) التأييد والحشد الإجتماعي من خلال تطوير شراكات بين الشباب والكبار، (ب) تثقيف صحي مصمَّم من قبل الشباب ويستهدف الشباب، (ج) تقديم خدمات الصحة الإنجابية الصديقة للشباب.

المراقبة والتقييم

في غياب التسجيل الدقيق للزواج فإن التقييم سيكون مبنِّي على نتائج مسح صحة الأسرة في اليمن (٢٠٠٣) بينما يمكن قياس التغير في المواقف والممارسات بإستخدام بحث أصغر حجماً. إضافة إلى ذلك فإن الحملات والتدخلات الخاصة بالمعرفة والتثقيف والتواصل ينبغي أن تشمل تقييم الأثر كمبدأ أساسي منذ بداية تصميمها. وعندما تتم مراجعة نظام إدارة المعلومات الصحية فإن إمكانية توفير بيانات بحسب الفئة العمرية للمراهقين والشباب يجب أن لا تنسى.

مؤشرات مقترحة للمراقبة والتقييم للإستراتيجية الوطنية للطفولة والشباب

المؤشرات	المستوى المقبول
خفض نسبة الحمل المُبكَّر	**من ٧,٢% إلى ٣,٦%**
زيادة عدد المرافق التي تقدم خدمات الصحة الإنجابية الصديقة للشباب .	**من ١ إلى ٥**
النسبة التقديرية للمراهقين الذين يسهل وصولهم لمعلومات صحيحة وملائمة عن الصحة الإنجابية	**٣٠ % من الفئة المستهدفة**

المكون رقم ٥: الكشف المبكر عن سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم

تحليل الوضع

- تشير المعلومات الدولية المتوفرة عن عدد حالات سرطان الثدي في العالم إلى أنه يأتي في المرتبة الثانية كأثر أمرض السرطان شيوعاً بعد سرطان الرئة.أما بالنسبة للنساء فيعتبر سرطان الثدي السرطان الأول حيث يمثّل نسبة ٢٢% من بين كل السرطانات في نساء العالم. ويأتي سرطان الرحم كثاني أكثر أمراض السرطانات شيوعا بين النساء. هذه الأرقام المُخيفة برَّرت كل الجهود والموارد التي خصصت لبرامج التشخيص والوقاية والمعالجة. إضافة إلى ذلك، المعلومات المتوفرة من بعض الدول النامية توضِّح أن معدَّل الإصابات الجديدة للنوعين من السرطان في تزايد. تشير الأدِّلة الواردة من تجارب الدول الأخرى الى أن النساء اللاتي يستفدن من خدمات البرامج الوقائية الفعَّالة أقل عرضة لتقدم السرطان لديهن من النساء اللاتي لا يستفدن منها.

أمَا في اليمن فحتى الآن لا توجد معلومات متوفرة لتعطي إشارة أو دلالة عن حجم المشكلة. ولكن بالنظر إلى المعلومات الدولية فإن الضرورة تستدعي أهمية تأسيس خدمات للمراقبة والتقصي.

المرمى والأغراض

المرمى: تحديد حجم مشكلة الاصابة بسرطان الثدي وسرطان عنق الرحم في اليمن

الغرض ١: تأسيس نظام لتقصي سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم

الهدف ١

- تأسيس ٢ مرافق على الأقل لفحص الثدي الشعاعي في صنعاء وعدن مع نهاية عام ٢٠١٠م
- توفير فحوصات مسحة عنق الرحمِ في أحد المستشفيات الكبيرة بكل محافظة
- دمج سجل سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم في البرنامج الوطني لسجل السرطان

الغرض ٢: توفير معلومات مرتكزة على الأدلة عن سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم في اليمن

الهدف ٢:

- تشجيع البحوث التطبيقية

- البدء بإنشاء قاعدة بيانات عن حجم مشكلة الاصابة بسرطان الثدي وسرطان عنق الرحم بناء على المعلومات المتوفرة في المواقع التي تقوم بعمليات التقصي

التوجهات الإستراتيجية:

- دمج سجل وتقصي السرطان ضمن النظام الصحي مع الأخذ بعين الإعتبار الظروف الإجتماعية والثقافية والإقتصادية
- ربط عملية التقصي بتوفير علاج للحالات المكتشفة لضمان فعالية البرنامج

المراقبة والتقييم:

يقدم الجدول التالي بعض المؤشرات التي يمكن أن تستخدم في المراقبة والتقييم:

المؤشر	المستوى المقبول
زيادة عدد المستشفيات التي تقدم فحص الثدي الشعاعي.	من ٠ إلى ٢
عدد المستشفيات التي توفر فحوصات مسحة عنق الرحم	من ٠ إلى ١٠
زيادة عدد الكوادر الصحية التي تم تدريبها في الفحص	من ٠ إلى ١٥٠

المكوِّن رقم ٦: معالجة أمراض ما بعد سن الإنجاب

المقدمة:

تتأثر مشاكل الصحة الإنجابية ما بعد سن الإنجاب بشكل كبير بمستوى جودة الرعاية التي تحصل عليها النساء في سن الإنجاب. وتعتبر هبوط الرحم، وسَلَس البولِ، والنواسير التناسلية، أمثلة للمشاكل الصحية ما بعد سن الإنجاب التي يعود منشأها إلى عمر مبكر عند ضعف أو حتى غياب الرعاية التوليدية ذات الجودة. بالإضافة إلى أن مغادرة سن الإنجاب يعتبر نقطة تحول مهمة في المكانة الإجتماعية للنساء فإن هذه الفترة تتميز بظهورالأمراض متعددة تشمل الاكتئاب، وترقق العظام، وسرطان الثدي، وسرطان عنق الرحم.

يعيش غالبية كبار السن في المناطق الريفية وهم غير قادرين على طلب الرعاية الصحية في المرافق الصحية الحكومية الواقعة بشكل رئيسي في الحضر، لأنه يتوجب عليهم السفر لمسافات طويلة. في أربع دراسات مستقلة نُفِذت في نهاية التسعينات وُجِد أن النساء كبار السن يَملنَ إلى التعرض إلى جهد مفرط وإضطرابات فسيولوجية بسبب عدم قيامهن بإجراءات صحية كافية وملائمة للتغلُّب على أمراض ما بعد سن الإنجاب.

الوضع الراهن:

لا توجد معلومات عن الاضطرابات المتعلقة بما بعد سن الإنجاب في اليمن. بشكل عام هناك إعتقاد بأن الأمراض المتعلقة بما بعد سن الإنجاب تنتشر بشكل كبير في اليمن وينبغي أن تحظى بإهتمام خاص للتحقق من ومعالجة هذه المراضة التي يتم تجاهلها لفترة طويلة. ويمكن تلخيص أهمية الرعاية بأمراض ما بعد سن الإنجاب بالنقاط التالية:

- يُعتقد بأنها إحدى أكثر الأمراض إنتشاراً لأن كل إمرأة تجاوزت سن الإنجاب من المؤكد أن تكون مصابة بأحد هذه الاضطرابات
- حتى الآن لا يوجد متخصصون بالأمراض المتعلقة بما بعد سن الإنجاب أو "أطباء الشيخوخة" في اليمن. بينما لا يفضل أطباء العموم مواجهة مثل هذه الأمراض بسبب النتائج غير الموفقَّة في علاجها.
- الأشخاص المصابين بهذه الأمراض عادة هم من المسنيَّن وضعفاء في متابعة الحصول على رعاية و نادراً ما يتوفر العلاج.

المرمى والأغراض

المرمى

تَوفُّر خدمات صحية عالية الجودة لمعالجة أمراض ما بعد سن الإنجاب

الأغراض والأهداف:

الغرض ١:	تخطيط فعال وإستخدام أفضل للموارد من خلال توفر بيانات عن نسبة إنتشار وحدوث أمراض ما بعد سن الإنجاب ومستوى مساهمة كل مكون
الهدف ١:	• تنفيذ دراسة لقياس حجم مشكلة أمراض ما بعد سن الإنجاب وتوزعها وقياس مستوى مساهمة كل مكوِّن • دمج أمراض ما بعد سن الإنجاب ضمن سجلات وزارة الصحة العامة والسكان وفي المرافق الصحية للمتابعة ولتسهيل الدراسات المستقبلية • تدريب مقدمي الخدمات الصحية في المرافق الصحية في كيفية كشف وتشخيص أمراض ما بعد سن الإنجاب وتسجيلها وإحالتها إلى المراكز الصحية المتخصصة
الغرض٢:	زيادة الطلب على الإستخدام الأفضل للخدمات الصحية ذات الصلة
الهدف ٢:	توعية السكان حول الاضطرابات المتعلقة بما بعد سن الإنجاب والأعراض الطبيعية التي تحدث و معالجة من الأطباء • تثقيف ورفع وعي مقدمي الخدمات الصحية عن المعالجات الأساسية، والمشورة وإحالة الحالات المصابة باضطرابات الأمراض المتعلقة بما بعد سن الإنجاب.

التوجهات الإستراتيجية

تم تصميم إستراتيجية معالجة أمراض ما بعد سن الإنجاب وفقاً للتوجه الإستراتيجي العام للإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية. و سيتم التركيز على إدراج الاضطرابات المتعلقة بما بعد سن الإنجاب في أنشطة التثقيف الصحي في المجتمع و كذلك في البرامج التدريبية لمقدمي خدمات الصحة الإنجابية.

المرفق (ب): : مصفوفة تنفيذ الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية

التوجهات البرمجية ➢	التأييد وحشد المجتمع	التثقيف الصحي	تحسين الوصول إلى الخدمات وتحسين جودتها	بناء القدرات	تعزيز البحوث
▪ **تحقيق أهداف الصحة الانجابية**					
▪ **تعزيز ودعم تنفيذ إستراتيجية الصحة الإنجابية**	▪ المطالبة بزيادة الميزانية المخصصة للصحة الإنجابية ▪ التأييد من أجل التوافق والتنسيق الفعال مع المانحين		▪ تعزيز اللامركزية في إدارة الصحة الإنجابية ▪ تأسيس آلية شفَّافة للمسائلة ▪ تطوير و تحديث الأدلة و المعايير الوطنية للممارسات السريرية و الإدارية	▪ إرساء الصحة الإنجابية كبرنامج في وزارة الصحة ▪ ضمان المساعدة الفنية طويلة الأمد للمستوى المركزي والمحافظات بشروط مرجعية محددة مبنية علىكسب مهارات أثناء العمل تسهم في ضمان الاستمرارية	
▪ **صحة الأم والوليد**					
▪ **رفع التغطية وتحسين الجودة والإنتفاع من خدمات الطوارئ التوليدية بما في ذلك رعاية الوليد**	▪ التأييد والمطالبة بالدعم المالي لتأسيس خدمات الطوارئ التوليدية المبنية على الحقوق ▪ المطالبة بالاحتفاظ بكادر وظيفي في المناطق النائية وخصوصًا الكادر النسائي	▪ تصميم وتوجيه حملات توعية ملائمة من الناحية الثقافية لزيادة الطلب على خدمات الطوارئ التوليدية ▪ الترويج لإشراك الذكور في تطوير واستخدام برامج التمويل المجتمعي لدعم	▪ الارتقاء بالمنشئات الصحية وتجهيزها لتقديم خدمات الطوارئ التوليدية بما في ذلك رعاية المواليد (١ شاملة + ٤ أساسية لكل ٥٠٠،٠٠٠ نسمة). ▪ تعزيز نظام المعلومات الصحية ▪ تطوير وإعتماد معايير الجودة	▪ القيام بتدريب مقدمي رعاية صحة الأم والوليد في رعاية الطوارئ التوليدية، بما في ذلك التخدير الوقاية من العدوى ورعاية الوليد. على أن تتم عملية التدريب وفقاً للمنهجية المبنية على	▪ إجراء دراسات إجتماعية أنثربولوجية عن العوائق أمام رعاية الأمهات ▪ إجراء بحوث تطبيقية للبرهنة والإستدلال بالتدخلات الناجحة

		الطوارئ و الإحالة	الوطنية ▪ توظيف الكوادر بشكل عادل في جميع أرجاء الوطن	بناء المهارات، ▪ تأسيس آلية مراقبةفعالة خاصة على المستوى المحلي	
▪ **رفع التغطية بالكوادر التوليدية الماهرة خاصة في المناطق التي يصعب الوصول إليها**	▪ دعم دور جمعية القابلات الوطنيات ▪ التأييد والمطالبة بتوظيف قابلات المجتمع على مستوى المجتمع	▪ رفع وعي الأسر بضرورة السماح لبناتهم بالعمل في المجتمع ▪ رفع وعي المجتمع بدور قابلات المجتمع	▪ تقوية دور القابلات في تقديم رعاية الطوارئ التوليدية ▪ ضمان قابلة مجتمع واحدة على الأقل لكل ٥٠٠٠ نسمة	▪ تحسين مرافق وموارد القبالة والتزويد بعُدد وأدوات قبالة نظيفة للولادات المنزلية	▪ الرعاية المجتمعية ▪ إدارة المرحلة الثالثة من الولادة من خلال الرعاية الوليدية المنزلية

▪ **تنفيذ رعاية حوامل ورعاية بعد الولادة مبنية على البرهان من خلال خدمات المرافق الصحية الروتينية ومن خلال الخدمات المجتمعية**	▪ حشد الإعلام الجماهيري لنشر الرسائل على المدى الطويل لضمان الأثر ▪ تعزيز القوانين التي تسهم في حصول المرأة على حقوقها وكرامتها	▪ تصميم وتوجيه حملات توعية ملائمة للعادات والتقاليد لزيادة الطلب على الرعاية ما قبل الولادة وما بعد الولادة ▪ تعزيز المشورة خاصة بعلامات الخطر المتعلقة بالحمل، الترتيب للولادة، والجاهزية للطوارئ ▪ تثقيف الشباب والمراهقين، الرجال والنساء عن الأثار المترتبة نتيجة ختان الإناث	▪ ضمان تقديم خدمات ذات جودة نوعية لرعاية للحوامل وما بعد الولادة في المرفق الصحي وعلى مستوى المجتمع مع التركيز على التغذية، الرضاعة الطبيعية، ملاريا، الوقاية من فقر الدم، التشخيص المبكر لختان الإناث، الوقاية من إنتقال فيروس نقص المناعة المكتسبة من الأم إلى الطفل، والناسور	▪ تطوير أدّلة إرشادية لرعاية الحوامل والرعاية ما بعد الولادة ▪ تدريب مقدّمي الرعاية للأم والوليد ▪ تأسيس برنامج السيطرة على العدوى لحماية العاملين الصحيين ضد نقص المناعة المكتسبة ▪ تعزيز الإشراف الداعم في برامج صحة الأم والوليد	▪ إجراء تقييم للوضع حيثما كان ضرورياً. ▪ جمع ونشر البيانات المتعلقة بظاهرة إنتشار العنف المنزلي والعنف الجنسي
▪ **خدمات تنظيم الأسرة بما فيها معالجة العقم**					
• **تطوير و تعزيزنظام فعال و قوي لتقديم خدمات لتنظيم الأسرة ضمن برنامج الصحة الإنجابي** ▪ **توفير خدمات تنظيم الأسرة ذات جودة عالية** ▪ **تحسين المعرفة والمواقف تجاه خدمات تنظيم الأسرة** ▪ **تبنى القرارات**	▪ تشجيع المجتمع، ذكور وإناث وقادة المجتمع للنقاش حول الصحة الإنجابية والأثار المترتبة عن الحمل الغير مرغوب فيه والمتكرر ▪ عمل قائمة بالجهات ذات الصلة بالصحة الإنجابية من أجل تأسيس شبكة من الشركاء و الوصول إلى	▪ الترويج للسلوكيات الإيجابية للصحة الإنجابية ▪ تعزيز التثقيف الصحي وبرنامج المعلومات والتثقيف والاتصال للمساهمة في تغيير السلوكيات الإيجابية في المجتمع تجاه تنظيم الأسرة ▪ تسهيل النقاش الجاد بين الأزواج، الأباء والشباب فيما يتعلق بالجنس والعلاقة المسئولة بين الزوجين	▪ توسيع خدمات تنظيم الأسرة على كل المستويات مع التركيز على المناطق الريفية والنائية و بإشراك القطاع الخاص ▪ تقديم خيارات متعددة لوسائل تنظيم الأسرة للمنتفعين و توسيع أستخدام اللولب ▪ ضمان تأمين إمدادات الوسائل	▪ زيادة عدد الكوادر المؤهلة – خاصة الإناث – لتقديم الخدمات ▪ تعزيز مهارات مقدمي الخدمات في المشورة والإتصال المباشر ▪ تمكين قابلات المجتمع من تركيب اللولب بعد الحصول على التدريب اللازم ▪ تدريب الكادر في كيفية	▪ إجراء بحوث تطبيقية تهدف إلى تحسين تقديم الخدمة ▪ تطوير أجندة بحثية متعددة القطاعات للصحة الإنجابية ▪ الترويج للبحوث في القطاع الخاص عن خدمات الصحة

الإستراتيجية والتطبيقية على معلومات محدّثة من المرافق الصحية والمجتمع عن حجم المخزون ▪	إجماع حول قضايا تنظيم الأسرة ▪ تحفيز قادة المجتمع و أفراد المجتمع والشباب من الجنسين للمساهمة والمشاركة في الصحة الإنجابية ▪ تحديث سياسات تنظيم الأسرة	▪ تعزيز الوعي عن الحماية المزدوجة للعازل من الحمل والأمراض المنقولة جنسياً خاصة نقص المناعة المكتسبة ▪ تطوير مواد إبتكارية وملائمة ثقافياً للترويج للصحة الإنجابية في مقر العمل، وللشباب داخل وخارج المدرسة من خلال ثقافة الأقران ▪ تنفيذ برامج توعية وتثقيف وإتصال لإشراك الذكور في تنظيم الأسرة	▪ دعم مبادرات التسويق الإجتماعي لوسائل تنظيم الأسرة ▪ دمج خدمات تنظيم الأسرة ضمن الصحة الإنجابية في كل الأوقات ▪ تنفيذ مبادئ الجودة الشاملة مع التركيز على رأي المنتفعين ▪ تأسيس ٤ مراكز تخصصية في مستشفيات الإحالة في ٤ محافظات مختلفة لتشخيص ومعالجة العُقم	الحصول على المعلومات المجتمعية ▪ إضافة المهارات الأساسية عن خدمات تنظيم الأسرة إلى مناهج التدريب ما قبل وأثناء الخدمة للعاملين الصحيين من كل الفئات ▪ تعزيز القدرة الإدارية وآليات ضمان الجودة ▪ تحديث أدلة و معايير خدمات تنظيم الأسرة ▪ تدريب الكوادر المختارة للوقاية والتشخيص والمعالجة للعُقم	الإنجابية ▪ تشجيع إستخدام نتائج البحوث ▪ تحسين وتفعيل النظام الوطني للمعلومات الصحية كأساس لإدارة المعلومات

▪ الأمراض المنقولة جنسياً بما فيه عدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة / الأيدز					
	▪ العمل مع المؤسسات التي يقودها الشباب أو تلك التي تعمل مع الشباب لخلق وعي عن الأمراض المنقولة جنسيا وفيروس نقص المناعة المكتسبة / الأيدز	▪ تصميم ونشر رسائل ملائمة عن الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً وعن فيروس نقص المناعة المكتسبة / الأيدز	▪ تأسيس ودمج خدمات مقبولة للمشورة والفحص الطوعي ضمن الخدمات القائمة للصحة الإنجابية والأمراض المنقولة جنسياً		▪ تقييم إحتياجات المرافق الصحية
▪ *السيطرة على الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها فيروس نقص المناعة المكتسبة / الأيدز*	▪ توعية البالغين والشباب من الجنسين لتحمل المسئولية وللعب دور حاسم في حماية أنفسهم وحياة شركاء حياتهم وأطفالهم	▪ تصميم ونشر رسائل ملائمة ومستهدفة عن الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة المكتسبة / الأيدز البالغين والشباب من الجنسين	▪ تقديم خدمات الوقاية من إنتقال مرض نقص المناعة المتكسبة من الأم إلى الطفل ودمج هذه الخدمات ضمن الخدمات القائمة للرعاية أثناء الحمل والولادة وخدمات ما بعد الولادة	▪ مراجعة وتحديث منهاج العاملين الصحيين بحيث يشمل الوقاية والمعالجة للأمراض المنقولة جنسياً وعن فيروس نقص المناعة المكتسبة / الأيدز	▪ القيام ببحث لتحديد المجموعات المعرضة للخطر والضعيفة، وتحديد الأتماط السلوكية والمحددّات

▪ *خفض نسبة الإصابات الجديدة ونسبة الإنتشار للأمراض المنقولة جنسياً* جنسياً و فيروس نقص المناعة المكتسبة / الأيدز	▪ رفع الوعي بين العاملين الصحيين لتغيير المواقف السلبية تجاه الأشخاص الذين يعيشون بمرض نقص المناعة المكتسبة / الأيدز لتجنب الوصمة والتمييز	▪ الترويج لإستخدام العازل الذكري والأنثوي كحماية مضاعفة للوقاية من الحمل والأمراض المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة المكتسبة / الأيدز	▪ تأهيل المرافق الصحية لتوفير الخصوصية والسِرية ▪ تأمين إمداد مستمر من أدوية الفيروسات الإرتجاعية ، العدوى الإنتهازية وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً	▪ تطوير وتحديث وتطبيق دليل المشورة، والأدّلة الإرشادية الإدارية ▪ تبنِّي وتطبيق الأدلة الإرشادية الخاصة بالوقاية من إنتقال عدوى نقص المناعة المكتسبة من الأم إلى طفلها ▪ توفير دورات تدريبية وتنشيطية عن الخدمات التالية: ▪ تشخيص و علاج الأمراض المنقولة جنسياً بالتعرف على الأعراض ▪ الوقاية من إنتقال عدوى نقص المناعة المكتسبة من الأم إلى طفلها ▪ المشورة والفحص الطوعي	▪ إجراء بحث لاستنباط حاجات وأراء الناس الذين يعيشون بمرض نقص المناعة المكتسبة / ألأيدز خاصة النساء المصابات بمرض نقص المناعة المكتسبة وإستنباط أراء ومواقف المجتمع

▪ الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب					
▪ خفض مستوى الإنجاب بين المراهقات إلى النصف (من ٧,٢ في عام ٢٠٠٣م إلى ٣,٦ مع نهاية عام ٢٠١٠) ▪ الوقاية الفاعلة لإعتلالات ووفيات الصحة الإنجابية بين المراهقين	▪ تشجيع المجتمع لدعم إستمرار تعليم الفتيات وإستمكالهن للمرحلة الثانوية ▪ مراجعة التشريعات والسياسات المتعلقة بالزواج المبكر وفقاً للمعاهدات والمعايير الدولية التي صادقت عليها اليمن	▪ تطوير خطة وطنية للإتصال لرفع الوعي بالأثار المترتبة من الزواج المبكر ▪ تنفيذ برامج لتوفير معلومات كاملة وصحيحة عن الصحة الجنسية من خلال رفع الوعي عن الحمل المبكر والأمراض المنقولة جنسياً عن طريق برامج الصحة المدرسية والقنوات الملائمة الأخرى مثل الإعلام المكتوب، الراديو والتلفزيون	▪ تقديم خدمات الصحة الإنجابية للشباب وتوسيعها وفقاً لإحتياجاتهم المحددة	▪ إشراك الشباب في تصميم وتنفيذ وتقييم البرنامج ▪ تدريب مقدمي الخدمات الصحية للتعامل مع إحتياجات الشباب ▪ إدماج تمارين بناء المهارات ضمن برامج الشباب لمساعدة الشباب على تحسين إحترام ذاتهم، وتطوير مهاراتهم الإتصالية والتحليلية ومهارات إتخاذ القرار	▪ استخراج أدلة وبراهين عن التجارب الرائدة للخدمات الصديقة للشباب والتثقيف الصحي الموجه للشباب من خلال تدخلات تجريبية مصمَّمة بطريقة سليمة
▪ الإضطرابات المتعلقة بما بعد سن الإنجاب					
▪ وجود على الأقل ٤ مراكز صحية متخصصة تُقَدِّم خدمات علاجية نوعية ▪ تحسين الإحالة إلى المراكز المتخصصة	▪ التأييد من خلال قنوات الإتصال المختلفة من خلال منهج حقوق الإنسان	▪ برنامج التثقيف الصحي لإعلام الجمهور عن اضطرابات ما بعد سن الإنجاب، الأعراض التي تحدث طبيعياً وتلك التي تحتاج إلى معالجة من طبيب	▪ تأسيس مركزين تخصصيين داخل مستشفيات الإحالة في محافظتين مختلفتين لتشخيص ومعالجة الأمراض المتعلقة بما بعد سن الإنجاب	▪ تدريب نوعي للكوادر الصحية المكلَّفة عن طريق التشخيص والمعالجة للاضطرابات المتعلقة بما بعد سن الإنجاب	▪ القيام بدراسة لقياس مقدار اضطرابات ما بعد سن الإنجاب ونسبة إنتشارها وتوزيعها

المرفق (ب) : مؤشرات الصحة الإنجابية كما وردت في مسح صحة الأسرة لعام ٢٠٠٥م

معدل وفيات الأمومة	٣٦٥ وفاة في كل ١٠٠،٠٠٠ مولود حي
معدَّل الخصوبة الاجمالي	٦،٢ مواليد أحياء لكل إمرأة
معدَّل وفيات الولدان	٣٧،٢ وفاة لكل ١،٠٠٠ مولود حيَّ
معدَّل وفيات الرضع	٧٤،٨ وفاة لكل ١،٠٠٠ مولود حيَّ
نسبة حمل المراهقات ١٥– ١٩	7,2%
الولادات التي تمت بمساعدة مشرف توليد **مدرب**	26,8%
الحاجة غير الملباة من الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة	50.9%
نسبة إستخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة	13,4%
نسبة المرافق الصحية المقدمة لخدمات تنظيم الأسرة في عام ٢٠٠٥م	45 %