

تمهية واعمار

Development and Reconstruction



مجلة علمية - صادرة عن اليمن انفورميشن سنتر

العدد الثامن

أكتوبر 2022





تنمية وإعمار

مجلة علمية

رئيس التحرير: د. سوزان محمد مفتاح
مدير التحرير: أ. د. فتحية محمد باحشوان
سكرتير التحرير: د. عبد القوي حزام الشميري

هيئة التحرير

أ. د. فتحية محمد باحشوان
د. عبد القوي حزام الشميري
د. فتحية محمد الهمداني

التدقيق اللغوي: أ. هاجر سامعي

الإخراج الفني: هاني عبدالله الناشري

الغلاف: محمد الطيش

**Yemen
Information
Center**
يمن انفورميشن سنتر

جميع حقوق الطبع محفوظة لمركز يمن انفورميشن سنتر
ولايسمح بإعادة طبع المجلة أو أي جزء منها أو نقلها دون إذن خطي مسبق من المركز

www.yemeninformation.org

البريد الإلكتروني: YIC@yemeninformation.org

مكتب صنعاء: 967-1-216282 - مكتب عدن: 772415913 - مكتب إب: 04-425622

مكتب حضرموت: 776703616 - مكتب الحديدة: 778218127



الفهرس

الصفحة	المحتوى
6-2	قواعد النشر
8-7	الافتتاحية
57-9	تحسين جودة الخدمات الصحية في اليمن في ضوء إدارة الجودة الشاملة
92-59	المرأة في الإعلام اليمني والتحديات المواجهة لها
143-93	زواج القاصرات في اليمن: آثار وحلول



أهداف المجلة :

مجلة تنمية وإعمار هي مجلة بحثية تهتم بالبحوث والدراسات الإنسانية والتطبيقية المتعلقة بالتنمية والإعمار والتعايش المجتمعي والسلام، وتهدف إلى تحقيق مفهوم البحث العلمي الرصين بما يتلاءم مع التطور المعرفي والثورة العلمية والتكنولوجية، ويتمثل هذا المفهوم في تجسيد الشراكة والتعاون بين الجاهدين الأكاديمي والمؤسسي في مختلف المجالات التنموية محلياً، ووصولاً إلى المستوى الإقليمي والدولي من خلال الآتي:

- 1 - تكوين رصيد وثائقي (أبحاث، دراسات، أوراق عمل، تقارير تنموية) في العلوم التنموية الاجتماعية والتطبيقية.
- 2 - بناء شراكة من خلال اتفاقيات التعاون والشراكة مع الهيئات المحلية والدولية التي لها نفس الاهتمامات.
- 3 - نشر التجارب ذات العلاقة لمواكبة التطورات العلمية والتخصصية في المجالات التنموية المختلفة والسلام.
- 4 - تقديم دراسات تسهم بالارتقاء بوظائف المؤسسات والهيئات المعنية بمجالات التنمية الشاملة.
- 5 - نشر الأبحاث والدراسات التي تنطبق عليها شروط النشر في مجالات الدراسات والأبحاث العلمية في مختلف المجالات والتخصصات التنموية باللغات العربية والإنجليزية والفرنسية.
- 6 - نشر ملخصات الأبحاث الجامعية في مجال الإعمار والتنمية والسلام التي تم مناقشتها وإجازتها، على أن يكون الملخص من إعداد الباحث نفسه.

شروط قبول المواضيع (بحث - دراسة - تقرير تنموي - ورقة علمية):

- 1 - أن تتسم الدراسة بالأصالة في الطرح، مع الالتزام بمنهجية البحث العلمي المتعارف عليها في مجالات الدراسات وأبحاث العلوم الإنسانية والإدارية، وكذا العلوم الطبيعية (التنموية).
- 2 - أن يكون البحث مكتوباً بلغة سليمة ومراعياً لقواعد الضبط، وخالياً من الأخطاء اللغوية والنحوية والمطبعية.
- 3 - ألا يكون البحث منشوراً أو مقدماً للنشر في مجلة أخرى.



- 4 - أن يسلم الباحث بحثه في نسخة إلكترونية بصيغة (WORD) عبر البريد الإلكتروني.
- 5 - أن تكون الرسوم والأشكال والجداول البيانية - إن وجدت - معدة بطريقة جيدة وواضحة، وأن تشتمل على العناوين والبيانات الإيضاحية اللازمة، وألا تتجاوز أبعادها وأحجامها هوامش الصفحة.
- 6 - ألا تزيد كلمات العنوان عن (20) كلمة.
- 7 - ألا تزيد عدد كلمات الملخص باللغة العربية عن (200) كلمة، وعن (250) كلمة باللغتين الإنجليزية والفرنسية.
- 8 - أن يتراوح عدد الكلمات المفتاحية بين (2 - 5) كلمات.
- 9 - في حال استخدام الباحث لبرمجيات أو أدوات قياس كالاختبارات أو الاستبانات أو غيرها من أدوات، فعليه أن يقدم نسخة كاملة من الأدوات التي استخدمها إذا لم ترد في متن البحث أو لم تُرفق مع ملاحقه، وأن يشير إلى الإجراءات القانونية التي تسمح له باستخدامها.
- 10 - ألا يتجاوز عدد صفحات البحث في صورته النهائية، بما فيه الملخص والمراجع والملاحق، أربعين صفحة حسب التسيقات الآتية:
 - المسافة بين السطور (1.5) سم.
 - حجم الخط في اللغة العربية: (14)، نوع الخط: (Simplified Arabic)، والعناوين بخط غامق.
 - حجم الخط باللغتين الإنجليزية والفرنسية: (12)، نوع الخط: (Times New Roman)، والعناوين بخط غامق.
 - هوامش الصفحة: (2.5) سم من جميع الجهات، وترقم الصفحة أسفلها في المنتصف.
- 11 - أن يثبت البحث جميع المصادر والمراجع في قائمة المراجع؛ بحيث يتم سرد المراجع العربية والأجنبية - إن وجدت - وفق الطريقة الآتية:
 - مثال لكيفية توثيق بحث منشور في دورية:
 - في قائمة المراجع: كوكز، فيصل صدام (2019): السلم والتعايش المجتمعي ودوره في التنمية الشاملة وتجاوز الأزمات العدد (7)، ص 65 - 90.
 - في المتن: (كوكز: 2019)



- مثال لكيفية توثيق كتاب:
 - أبو النصر، مدحت (2017): التنمية المستدامة (مفهوم-أبعادها-مؤشرات)، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، مصر.
- 12 - يتم توثيق المصادر والمراجع في البحث وفقاً لطرائق التوثيق المتعارف عليها في العلوم الإنسانية والطبيعية، ويتم التوثيق في المتن بذكر الاسم الأخير وسنة النشر، وعلى الباحث تجنب كتابة اسم المرجع في الهامش، أي باتباع نظام (APA)، مع مراعاة أن يكون ترتيب قائمة المصادر والمراجع من الأحدث إلى الأقدم، تليها جميع الروابط الإلكترونية للمواقع في آخر القائمة.

شروط النشر في مجلة تنمية واعمار:

- 1 - أن تكون المواضيع متوافقة مع أهداف مركز يمن انفورميشن وذات العلاقة ضمن سياق (مجالات التنمية- التعايش المجتمعي والسلام- مجالات الإعمار)
- 2 - أن تكون المواضيع ملتزمة بالمعيار الأساسي وهو موضوعية الطرح العلمي، وحيادية الباحث في تناول.
- 3- أن يلتزم الباحث بما ورد في فقرة (شروط قبول الموضوع للنشر: ص3)، وفي فقرة (أنواع الأبحاث والدراسات ص4).
- 4- يرفق مع البحث موافقة خطية يقدمها الباحث أو الباحثون بنقل حقوق الطبع والنشر إلى مركز يمن انفورميشن سنتر ولا يحق للباحث نشرها في أي مكان آخر.
- 5- يتحمل الباحث كامل المسؤولية القانونية عن محتوى الموضوع، وتُخلى المجلة مسؤوليتها عن أي حقوق محمّلة بالمحتوى قد تعرّض الباحث للمساءلة القانونية.

أما الأبحاث والمواضيع فوفق الطرق الآتية:

أولاً: الأبحاث الميدانية:

يورد الباحث ملخصاً يتضمن الهدف العام من البحث أو الدراسة يذكر فيه المحاور الأساسية التي تم تناولها، مع استعراض موجز لأهم الاستنتاجات والتوصيات والمقترحات التي تم التوصل إليها.

ينبغي أن تحتوي الأبحاث الميدانية على مقدمة يوضح الباحث فيها طبيعة البحث ومسوغات القيام به، مشيراً إلى طبيعة المشكلة ومدى تأثيرها على الواقع التنموي والسلام، وأن يوضح باختصار ما أظهرته البحوث السابقة حول هذه المشكلة. يلي ذلك عرض لأسئلة الدراسة أو فرضياتها التي يمكن من خلالها التوصل إلى حل لتلك المشكلة، ثم يعرض الباحث حدود البحث الذي تم تعميم نتائج الدراسة في إطاره، ثم يذكر التعريفات الدلالية (المفاهيمات والمصطلحات الواردة في البحث)، ومن ثمّ يستعرض أهم الدراسات المرتبطة بالموضوع وأحدثها ويحللها ويناقشها موضعاً تعليقه عليها. يلي ذلك عرض لإجراءات البحث والمنهجية المتبعة ثم يقدم وصفاً لمجتمع البحث وعينته ونوع الأدوات المستخدمة في جمع البيانات وتحديد مدى صدقها وثباتها، ثم يعرض بعد ذلك نتائج البحث ومناقشتها وما توصل إليه من توصيات ومقترحات خاتماً البحث بسرد قائمة المصادر والمراجع التي اعتمد عليها.

ثانياً: الأبحاث النظرية والتفسيرية:

يورد الباحث ملخصاً يتضمن الهدف العام من البحث أو الدراسة يذكر فيه المحاور الأساسية التي تم تناولها، مع استعراض موجز لأهم الاستنتاجات والتوصيات والمقترحات التي تم التوصل إليها.

يعرض الباحث مقدمة البحث يوضح فيها طبيعة المشكلة أو الموضوع قيد الدراسة، مع تحديد أهمية البحث ودوره في إضافة الجديد إلى المعرفة السابقة، يلي ذلك عرض للموضوعات المطلوب تحليلها ومناقشتها بحيث تكون مرتبة بطريقة منطقية مع ما يسبقها أو يليها من الموضوعات لتؤدي مجملها إلى توضيح الفكرة العامة التي يهدف الباحث الوصول إليها، على أن تتضمن الاستنتاجات والتوصيات والمقترحات لحل المشكلة أو إزالة الغموض الذي يحيط بالموضوع قيد البحث. وأخيراً يرفق الباحث قائمة بالمصادر والمراجع التي اعتمد عليها.



ثالثاً: الأوراق العلمية والتقارير التنموية: الورقة العلمية:

لا بد من تقديم ملخص موجز يوضح الباحث فيه الهدف من الورقة العلمية، والنتائج، وأهم المصطلحات (الكلمات المفتاحية)، ثم يتم عرض مقدمة تبين المشكلة التي ترتبط بالجانب التنموي ودورها في وضع المعالجات للموضوع قيد البحث وأهميتها، يلي ذلك عرض لمفردات الورقة بصورة متتابعة ومتراصة ومناقشتها وتحليلها بطريقة علمية ومنطقية وذلك لتوضيح الهدف العام الذي يسعى الباحث إلى تحقيقه، وبإمكان الباحث الاستعانة بوسائل متنوعة كالصور الفوتوغرافية أو الخرائط أو الأشكال البيانية لإثراء الموضوع وتوضيحه بطريقة أفضل، بعد ذلك يورد الباحث نتائج الورقة العلمية، ومن ثم يتم مناقشتها وتحليلها وتوضيح العلاقة بين ما توصلت إليه الورقة وبين النظريات الخاصة بالموضوع قيد البحث، ثم يختم الباحث الورقة بخاتمة يذكر فيها ما توصل إليه من نتائج بطريقة ملخصة وواضحة، ويرفقها بقائمة المصادر والمراجع التي اعتمد عليها.

التقرير التنموي:

يتم عرض ملخص تنفيذي يوضح الباحث فيه الهدف من التقرير والنتائج التي توصل إليها بإيجاز، على أن يتضمن التقرير مقدمة توضح أهمية الموضوع، ثم تعرض مفردات التقرير بطريقة منطقية وواضحة، ويُختم بتوضيح شامل للنتائج وما الذي يمكن أن يضيفه للمجال المدروس، ثم بخاتمة موجزة مع إرفاق قائمة بالمصادر والمراجع التي تم الاعتماد عليها.



ترسل جميع المراسلات المتعلقة بالمجلة إلى العنوان الآتي:

يمن انفورميشن سنتر

مجلة تنمية وإعمار

البريد الإلكتروني: YIC@yemeninformation.org



الافتتاحية



رئيسة تحرير «تنمية وإعمار»

د. سوزان مفتاح

سبعة عشر هدفًا تم اعتمادها لتكون أهداف التنمية المستدامة. وهي تعرف أيضًا بالأهداف العالمية باعتبارها دعوة عالمية للعمل على إنهاء الفقر وإعادة البناء وحماية الكوكب وضمان تمتع جميع الناس بالسلام والازدهار بحلول عام 2030. وقد تم دمج أهداف التنمية المستدامة لتصبح مكملة لبعضها البعض؛ لأن العمل في إحدى المجالات سيؤثر حتمًا على نتائج المجالات الأخرى، ولذا يجب أن توازن التنمية بين الاستدامة الاجتماعية والاقتصادية والبيئية.

مركز اليمن انفورميشن، ومن خلال مجلة «تنمية وإعمار»، يسير على نفس النهج ويتبنى العديد من هذه الأهداف، ويهتم بكل ما يمكن أن يسهم في إعادة البناء ونمو البلد على جميع الأصعدة (السياسية، الاقتصادية، الاجتماعية)، وذلك عن طريق نشر الدراسات والتقارير والمقالات العلمية التي تُعنى بالشأن اليمني وتسعى إلى تحليل الوضع بمختلف مجالاته وتقديم مقترحات وتوصيات لتجاوز العراقيل، والحث على إعادة الإعمار الذي من شأنه إخراج البلد من مستنقع الصراعات والوصول إلى نقطة النمو والازدهار.

في العدد الثامن من مجلة «تنمية وإعمار» نقدم للمهتمين والقراء والباحثين ثلاثة مواضيع تمس مجالات مختلفة ومهمة، هي:

الموضوع الأول عبارة عن بحث بعنوان «تحسين جودة الخدمات الصحية في اليمن في ضوء إدارة الجودة الشاملة»، الذي اقترح تصورًا يهدف إلى تطوير الخدمات الصحية في اليمن وفق مدخل إدارة الجودة الشاملة، إيمانًا بدور المجال الصحي في التنمية وبضرورة الاهتمام بالموارد البشرية صحيًا وتقديم الخدمات الصحية التي تساعد على ممارسة أدوارهم بفعالية في بناء المجتمع وتطويره. ومن هنا يكتسب هذا البحث أهميته؛ فواقع الخدمات الصحية في اليمن يواجه الكثير من الصعوبات التي ينبغي تجاوزها والعمل على وضع الحلول والمقترحات لحلها، ودعم الحياة الصحية الآمنة التي يستحقها سكان اليمن.

أما الموضوع الثاني في هذا العدد فعبارة عن دراسة وصفية تطبيقية بعنوان



«المرأة في الإعلام اليمني والتحديات المواجهة لها»، انطلاقاً من التصور الذي يرى أن المرأة عنصر فاعل في مجال التنمية المستدامة، وأحد أهم ركائز بناء المجتمعات وتطورها، حيث إن عطاءها وأدوارها متعددة بتعدد مجالات الحياة واختلافها، بالإضافة إلى دورها الحيوي والفعال في الجانب التنموي وفي ترسيخ السلم الاجتماعي؛ لذا هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المكانة التي تحتلها المرأة اليمنية في مجال الإعلام، وعلى الواقع العملي الذي تعيشه في مجال الإعلام التلفزيوني على جميع المسارات الإنتاجية والتقنية والإذاعية. وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج التي أوضحت نسبة حضور المرأة في الإعلام اليمني، وضرورة العمل على الاهتمام بدورها في المجال الإعلامي. وأما الموضوع الثالث فعبارة عن دراسة اجتماعية، بعنوان «زواج القاصرات في اليمن: آثار وحلول»، تستمد أهميتها من أهمية الإشكالية التي تطرحها ومن الآثار السلبية التي تخلفها؛ فقد زاد انتشار ظاهرة زواج القاصرات في وقتنا الحالي نتيجة للظروف التي تعيشها اليمن، إضافة إلى ما يترتب على هذه الظاهرة من آثار ومشكلات اجتماعية وصحية ونفسية، مما يتطلب القيام بالعديد من المعالجات للحد من انتشارها وتأثيرها على المجتمع عامة وعلى المرأة خاصة.

ختاماً، تتمنى مجلة «تنمية وإعمار» لكل المهتمين في المجالات أعلاه وللقراء أن يستفيدوا مما تقدمه.



تحسين جودة الخدمات الصحية في اليمن في ضوء إدارة الجودة الشاملة

(تصورٌ مقترح)

د. فتحية محمد الهمداني

يوليو 2022



الملخص:

هدف البحث الحالي إلى اقتراح تصور لتحسين جودة الخدمات الصحية في اليمن وفق مدخل إدارة الجودة الشاملة، وذلك باستخدام المنهج الوصفي للتعرف على واقع الخدمات الصحية في اليمن وأهم الصعوبات التي تواجهه، وللتعرف على مفاهيم إدارة الجودة الشاملة وإدارة الجودة الصحية، وعلى أهم متطلبات تطبيقها. وقد خلص البحث أيضاً إلى العديد من النتائج التي أوضحت تدني مستوى الخدمات الصحية في اليمن الناتج عن وجود عدد من الصعوبات الإدارية والمالية والمادية الاجتماعية والتكنولوجية. وتوصل البحث إلى أن الخدمات الصحية هي الأساس الناتج عن الإدارة الصحية الهادفة التي تهتم بتوفير مناخ صحي مناسب ومتكامل الأركان المادية والبشرية من مختصين وكوادر مدربة ومؤهلة بتخصصات متنوعة، وأجهزة ومعدات حديثة تتناسب مع احتياجات المرضى، كما أن تلك الخدمات تعتبر غير ملموسة ولا يتم مشاهدتها، بل قياسها وملازمة نتائجها من خلال ارتفاع نسب الأصحاء في المجتمع، وانخفاض معدلات المرضى، وأن مدخل إدارة الجودة الشاملة يعد فلسفة إدارية ناجحة في المجال الصحي؛ لأنها تركز كل الجهود على رفع مستوى رضا المستفيدين من الخدمة الإنتاجية، وهذا يتطلب تسخير جميع الموارد البشرية والمادية لتحسين مستوى الأداء، وتقديم خدمات ذات الجودة عالية، وتجويد الخدمات الصحية مما يتطلب العمل على تنفيذ مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تقوم على التحسين المستمر البيئة الداخلية للمؤسسة الصحية ودعم البيئة الخارجية.

الكلمات المفتاحية:

الخدمات الصحية، إدارة الجودة الشاملة، إدارة جودة الخدمات الصحية.



الفصل الأول الإطار العام للبحث

المقدمة:

استحوذت الصحة على اهتمام الدول لارتباطها بالعنصر البشري، مؤسس الحضارات على مر العصور؛ فالأفراد الأصحاء يمثلون القوة العظمى في عمليات التنمية؛ لذا أصبحت الخدمات الصحية من أهم أولويات برامج التنمية في مختلف البلدان، ومن أهم معايير تقدمها.

فمفهوم الخدمات الصحية يركز على الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها نظم الرعاية الصحية بمرافقها المتنوعة لجميع أفراد المجتمع بهدف رفع المستوى الصحي والحيلولة دون انتشار الأمراض (القطني، 2015: 20)، ومن ثم حرصت على اتباع الطرق الإدارية الحديثة للنهوض بدور المرافق الصحية في تقديم أفضل الخدمات الصحية، وكان التوجه في اتباع الأساليب الإدارية الحديثة ناتجاً عن الصعوبات التي تواجه القطاع الصحي والمتمثلة في زيادة أعداد السكان وزيادة الطلب على الخدمات الصحية، وفي التلوث المحيط بالبشر، والحروب والكوارث الطبيعية وغيرها من الصعوبات التي دفعت بكثير من الباحثين إلى القيام بحركات إصلاح القطاع الصحي إدارياً بغرض تحسين نوعية الخدمات الصحية التي تقدمها المرافق الصحية، وللحد من تأثير الأمراض، ورفع المستوى الصحي للأفراد. وقد وجد الباحثون في إدارة الجودة الشاملة توجهاً إدارياً ناجحاً مناسباً لتحسين وتطوير الخدمات الصحية، حيث أثبتت نجاحاً واضحاً في القطاع الصناعي، بالإضافة إلى أن نتائج الجودة العالية في الخدمات الصحية التي تظهر في مستوى رضا المرضى والموظفين والموردين والمجتمع بشكل عام ستثبت نجاحها أيضاً.

إن تحسين الخدمات الصحية يؤدي إلى انخفاض التكاليف وزيادة الإنتاجية، وإتاحة أفضل الخدمات للمستفيدين (بشير، 2017: 166). وبناءً على ذلك، يسعى البحث الحالي إلى تقديم مقترح لتحسين جودة الخدمات الصحية في اليمن في ضوء مدخل إدارة الجودة الشاملة.



مشكلة البحث:

وضع اليمن لا يختلف عن وضع الكثير من دول العالم الثالث التي يتصف القطاع الصحي فيها بانخفاض مستوى الخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيدين، مما يدفع بكثير منهم إلى البحث عن بديل والسفر لتلقي العلاج في بلدان متقدمة أولت القطاع الصحي اهتماماً واسع المدى، في حرصها على تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة في مرافقها الصحية المختلفة لتحسين نوعية خدماتها وتقديمها بمستوى عال يلبي احتياجات المرضى، من هنا كان توجه البحث الحالي إلى تحسين الخدمات الصحية في اليمن، وذلك من خلال الإجابة عن التساؤل الرئيس الآتي:

كيف يمكن تحسين الخدمات الصحية في اليمن في ضوء إدارة الجودة الشاملة؟
ويتفرع عنه التساؤلات الآتية:

- ما واقع الخدمات الصحية في اليمن؟
- ما مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها؟
- ما مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي؟
- ما متطلبات تحسين جودة الخدمات الصحية في ضوء إدارة الجودة الشاملة؟
- ما هو التصور المقترح لتحسين الخدمات الصحية في اليمن في ضوء إدارة الجودة الشاملة؟

أهداف البحث:

- يهدف البحث الحالي إلى:
- التعرف على واقع الخدمات الصحية في الجمهورية اليمنية، والصعوبات التي تواجهه.
- التعرف على مفهوم الخدمات الصحية، وأهميتها.
- عرض وتقديم الإطار الفكري لإدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي بوصفه فلسفة إدارية من حيث المفهوم والأهداف، والأهمية، والمبادئ الأساسية، ومراحل التطبيق.
- تحديد متطلبات تحسين الخدمات الصحية في الجمهورية اليمنية وفقاً لمدخل إدارة الجودة الشاملة.



- تقديم تصور مقترح لتحسين الخدمات الصحية في اليمن في ضوء إدارة الجودة الشاملة.

أهمية البحث:

- حيوية القطاع الصحي الذي يعد من أهم القطاعات الخدمية التي ينبغي أن تنال على نسبة كبيرة من الاهتمام من قبل القيادات.
 - حاجة المواطن اليمني إلى الحصول على الأمان الصحي ولو في أدنى مستوياته.
 - حاجة المواطنين إلى خدمات صحية كونها حقاً من الحقوق الإنسانية التي ينبغي توفرها بمستوى مناسب.
 - تنمية وعي المواطنين عن ضرورة حصولهم على خدمات صحية عالية الجودة.
- تقديم تصور مقترح لتحسين الخدمات الصحية في ضوء مدخل إدارة الجودة الشاملة.

مصطلحات البحث إجرائياً:

- تحسين (Optimization): هي الخطوات التي يتم بموجبها استغلال جميع العناصر المادية والبشرية لتقديم الخدمات الصحية بطريقة أفضل في ضوء مبادئ ومتطلبات إدارة الجودة الشاملة.
- الخدمات الصحية (Health services): هي المنافع والأنشطة التي يتم تقديمها للمرضى؛ للتخفيف من معاناتهم المرضية.
- إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management): هي أسلوب إداري يتم من خلال متطلباته ومبادئه رفع مستوى رضا العاملين والمستفيدين في مجال الصحة.

حدود البحث:

- الحدود الموضوعية: عرض موضوع إدارة الجودة الشاملة ومبادئها ومتطلبات تطبيقها في القطاع الصحي، وواقع الخدمات الصحية في اليمن.
- الحدود المكانية: الجمهورية اليمنية.
- الحدود الزمانية: 2022-2023.



أدوات جمع البيانات:

اعتمد البحث الحالي على الأسلوب المكتبي في استقائه للبيانات والمعلومات المتمثلة في المؤشرات والتقارير المحلية والإحصاءات الرسمية، إضافة إلى الدراسات العلمية والكتب والدوريات والأبحاث والتقارير والمؤشرات الدولية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية وعن الأمم المتحدة بخصوص الوضع الصحي في اليمن وخدماته، ودور إدارة الجودة الشاملة ومبادئها في تحسين الخدمات الصحية.



الفصل الثاني

واقع الخدمات الصحية في اليمن

يتناول هذا الفصل واقع الخدمات الصحية في اليمن من حيث مؤشراتته، وأهم الصعوبات التي تواجه القطاع الصحي في اليمن وتؤثر على مستوى جودته، وهي على النحو الآتي:

1- الخدمات الصحية في اليمن

اليمن إحدى الدول التي لم تشهد استقراراً سياسياً في مختلف العقود التاريخية، وقد انعكست آثار ذلك على الوضع الاقتصادي والاجتماعي فيها، وعلى مستوى جودة الخدمات المختلفة المقدمة إلى السكان الذين يمثلون قوة بشرية هامة لبناء المجتمع اليمني؛ إذ توضح المؤشرات السكانية ارتفاعهم خلال الأعوام 2008 - 2012 من 21,843,554 إلى 24,526,703 (وزارة الصحة العامة والسكان، 2022). وصاحب ذلك ارتفاع معدلات الفقر والأمية؛ حيث يطال الفقر نحو 50% من سكانها، وبلغت نسبة الأمية 64% (المجلس الوطني للسكان، 2013)، وهذا الوضع المأساوي موجود قبل اندلاع الصراع منذ أكثر من سبع سنوات، فما بالنا الآن وقد دمر الصراع البنى التحتية وفاقم من جميع الأوضاع السيئة لتصبح أكثر سوءاً.

قبل الصراع، وُجدت جهود في مختلف القطاعات الحكومية؛ لتوفير الخدمات المتنوعة للسكان. من تلك القطاعات قطاع الصحة مقدماً خدماته عبر وزارة الصحة، الجهة الرسمية الأولى المسؤولة عن توفير الخدمات الصحية للسكان؛ حيث قامت بتوفير العديد من المستشفيات والمرافق الصحية البالغ عددها خلال العام 2012 (56) مستشفى حكومياً بعدد (10,489) سريراً، و(60) مركزاً صحياً، في حين بلغت وحدات الرعاية الصحية الأولية (3,007) وحدات صحية، وإجمالي المرافق الحكومية (4,121) مرفقاً صحياً يتوزعون على (22) محافظة، متنوعاً ما بين مستشفيات عامة، ومستشفيات للمديرية، ومراكز صحية بأسرة أو بدون أسرة، ووحدات رعاية للصحة الأولية (الجهاز المركزي للإحصاء، 2012).

وفي مطلع التسعينيات أدركت الحكومة أهمية إشراك القطاع الخاص



في تقديم الخدمات الصحية التي بلغ عددها بحسب إحصائيات عام 2008 (11,649) مرفقاً صحياً خاصاً، ما بين مستشفيات ومستوصفات ومراكز صحية وعيادات ومختبرات وصيدليات ومخازن أدوية ومعدات طبية وغيرها من المرافق الصحية تركز معظمها في أمانة العاصمة ومراكز محافظات الجمهورية (وزارة الصحة والسكان، 2010-2025: 30).

وقد مارست تلك المرافق الحكومية والخاصة دورها في ظل العديد من التشريعات القانونية كقانون الصحة العامة في عام 2009، الذي هدف إلى «تحسين صحة المواطنين والاهتمام بصحة الأم والطفل، وتقليل نسبة الوفيات فيها إلى مستويات مقبولة، ورفع مستوى الخدمات الصحية والطبية وقائياً وتشخيصياً وعلاجياً وتأهلياً في مستوياتها المختلفة عبر الوحدات والمراكز الصحية والمستشفيات الريفية والمرجعية في المدن الرئيسية، وتنظيم الإشراف على المنشآت الطبية والصحية، وكذا مزاولة المهن الطبية والفنية المقابلة» (قانون الصحة العامة)، وغيرها من الأهداف التي تضمنها القانون بغرض تقديم الخدمات الصحية لجميع السكان.

كما تم إقرار خطة العمل السكاني في الجمهورية اليمنية للعام 1991 - 2000 والمصادق عليها من قبل مجلس الوزراء، والتقرير النهائي لحلقة العمل الخاصة بإدماج الأهداف السكانية في الاستراتيجية الوطنية للسكان في الخطة الخمسية الأولى 1996 - 2000، والخطة الخمسية الأولى للتنمية الاقتصادية والاجتماعية 1996 - 2000 (السكان والوضع الصحي في الجمهورية اليمنية)؛ حيث تتكفل الدولة بتوفير الخدمات الصحية لجميع السكان كونها حقاً من حقوقهم بموجب القانون اليمني، وذلك تحت إشراف وزارة الصحة العامة والسكان التي تتمتع باستقلالية إدارة الخدمات المحلية.

تخضع المرافق الصحية إلى ثلاث مستويات من الإشراف التي تمثلت مركزياً في وزارة الصحة، وعلى مستوى المحافظات تحت إشراف مكاتب صحة المحافظات، وعلى المستوى المحلي تحت إشراف مكاتب الإدارة الصحية (البنك الدولي، 2021). لكن تلك المرافق لا تغطي إلا ما يقارب 66% من احتياجات السكان فقط؛ ذلك أن معظم ما تم بناؤه ليس في المواقع السكانية المناسبة لاحتياجاتهم، ولا يتناسب مع المتغيرات الجغرافية والوبائية على المستوى الوطني، كما أنها تتصف بانخفاض مستوى توفير التجهيزات والمعدات الطبية، مع انعدام فرص صيانة تلك المباني ومعداتنا الطبية (وزارة الصحة، 2010 - 2025: 42).



بالإضافة إلى ذلك، أوضحت مؤشرات الصحة الإنجابية الصادرة عن اليونيسف أن معدلات الوفيات النفاسية في اليمن مرتفعة بسبب انخفاض مستويات الرعاية الصحية؛ حيث تموت (360) امرأة من كل (100,000) ولادة حية، ويصل خطر وفاة الأمهات على مدار الحياة في اليمن إلى امرأة واحدة من بين (39) امرأة، وهي نسبة تعد الأعلى على مستوى الشرق الأوسط (اليونيسف، 2009).

فيما أشارت نتائج المسح الوطني الصحي الديموغرافي للعام 2013 أن ما نسبته (67 %) من السكان المصابين بحالات من الإعاقة المختلفة لم يتلقوا الرعاية الصحية المطلوبة، وتم تسجيل حوالي ثلث المواليد في اليمن لدى السجل المدني، ولا يحمل سوى 16 % من الأطفال شهادات ميلاد، ويتم تسجيل حوالي نصف الأطفال 48 % في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية 24 %، كما أن 43 % من الأطفال تلقوا جرعات التطعيم بواقع جرعة واحدة ضد مرض السل والحصبة، وثلاث جرعات لكل من اللقاح الخماسي وشلل الأطفال، بينما لم يتلق 16 % من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12-23 شهراً أي تطعيم. وترتفع معدلات التطعيم في المناطق الحضرية بنسبة 59 % مقارنة بالمناطق الريفية 37 %؛ وهذا يرتبط بصورة كبيرة بمستوى التعليم لدى الأمهات؛ حيث إن 69 % من الأطفال الذين تلقوا لقاحات هم أبناء لأمهات التحقت بالتعليم. ويعاني 47 % من الأطفال دون سن الخامسة من التقزم؛ وهذا يشير إلى ارتفاع مستويات سوء التغذية المنتشر بين الأطفال الذين يعيشون في أفقر الأسر، ويعاني 39 % منهم من نقص الوزن (وزارة الصحة؛ والجهاز المركزي للإحصاء، 2013).



جدول (1): بعض مؤشرات الصحة في اليمن خلال العام 2013

نسبة الإصابة	الحالة الصحية
60 %	الحوامل اللواتي تلقين الرعاية الصحية قبل الولادة.
45 %	الولادات التي تتم تحت رعاية صحية.
30 %	الولادات التي تتم في مرافق صحية.
43 %	الأطفال في الفئة العمرية 12-32 شهراً ممن تلقوا كامل الجرعات التطعيمية.
26 %	نسبة الوفيات من الأطفال حديثي الولادة.
43 %	نسبة الوفيات من الأطفال الرضع.
53 %	نسبة الوفيات من الأطفال دون سن الخامسة.

المصدر: (وزارة الصحة العامة والسكان، 2013: 16).

2- الصعوبات التي تواجه القطاع الصحي في اليمن:

توضح المؤشرات السابقة وغيرها تدني الخدمات الصحية في اليمن، ذلك أن القطاع الصحي يعاني من ضعف عمليات التخطيط؛ فبالرغم من مشاركة العديد من الجهات والسلطات في عمليات التخطيط، فإن أدوارهم تنصف بالنقص بسبب عدم درايتهم الكافية بدور القطاع الصحي واحتياجاته ووظائفه، بالإضافة إلى قصور دورهم في توفير الموارد الكافية للمساهمة في التنمية الصحية، ومن ثم فإن ما يتم إعداده من الخطط غير فعال بسبب عدم وجود سقف واضح للميزانية، ولا يتم إشراك جميع قيادات المستويات الإدارية المختلفة. بالإضافة إلى وهن البنية التحتية، ونقص الموارد البشرية، مع سوء توزيعها بين الريف والمدن، وسوء الاستغلال للكوادر المتوفرة (وزارة الصحة، 2010-2025: 31). وتتصف تلك المرافق بتدني مستوى التأهيل والمعلومات لمقدمي الخدمات الصحية، سواء كان في مستشفى أو في مركز صحي؛ لأن نوعية الخدمة التي يتم تقديمها غير مختلفة عن غيرها (وزارة الصحة، 2010-2025: ص 36:41).

أوضحت اليونيسف أن واقع المرافق الصحية في اليمن يعاني من نقص كبير في عدد العاملين الصحيين؛ حيث يوجد طبيب واحد لكل (10,000) شخص، فيما تصل الخدمات الصحية إلى أقل من 60 % من سكان البلد فقط (اليونيسف، 2009). وتعاني تلك المرافق من تعدد الجهات الإدارية المشرفة



عليها على مستوى المديرية؛ وهذا أدى إلى وجود العديد من التدخلات الخارجية في عمل تلك الجهات، مع قلة درايتها بدورها ومهامها، ومن خلال تلك الأوضاع لا يتم مراعاة احتياجات النظام الصحي بشكل دقيق، ويتم تجاهل تلك الاحتياجات التي تؤدي دوراً فاعلاً في نوعية الخدمات المقدمة.

إن اختلاف مستويات الجودة للخدمة الصحية في المرافق الصحية يعود إلى عدم وجود معايير مرجعية للجودة، وعدم تحديد الخدمات الأساسية التي تحتاجها المرافق بحسب الأولويات، وتدني مستوى الكوادر الطبية المساعدة، وخدمات التمريض، وركاكة مبدأ الرعاية الصحية الأولية الشاملة التي من المفترض أن تكون للجميع، وغياب إدارة موحدة وفاعلة وكفؤة لإدارة الحالات الطارئة لتجنب انتشار الأوبئة والعدوى، بالإضافة إلى عدم وجود خطة متكاملة لتنمية الموارد البشرية وتوزيعها بسبب محدودية القدرات، وقلة الكوادر المؤهلة للقيام بالتخطيط الاستراتيجي (وزارة الصحة، 2010-2025: 36,37).

كما أن قطاع الصحة بصورة عامة يعاني من تدهور أنظمة المعلومات الحالية واختلاف البيانات والمعلومات لاختلاف مصادرها، بالإضافة إلى عدم توحيد بين مختلف المستويات الإدارية. وعلى الرغم من تطوير بعض البرامج من قبل شركاء التنمية فإن انسياب المعلومات من مستوى لآخر غير منتظم، وغير دقيق أيضاً؛ لذا ظهرت العديد من الاختلالات مثل نقص معلومات التخطيط مما ينعكس سلباً على دور الاستراتيجيات في تحقيق أهدافها التي تكون مبنية على معلومات ليست بالدقة المطلوبة. بالإضافة إلى عدم وجود توازن نسبي في حركات توزيع الموارد البشرية (الكادر الفني والإداري في النظام الصحي) بين الريف والمدينة لعدم وجود نظام معلوماتي دقيق عن هذا التوزيع؛ إذ يتركز جزء كبير من الكادر في المناطق المدنية.

إن عدم وجود آليات للتشجيع والتحفيز على العمل في المناطق الريفية وعدم تضمن الخطط التي تم بناؤها لأنشطة المتابعة والتقييم بسبب انعدام ميزانيات مالية محددة، قد أثر -مع ما سبق- على تقديم الخدمات في المناطق الريفية (وزارة الصحة والسكان، 2010-2025: 38).

في ضوء ذلك؛ وُجد تمويل حكومي لقطاع الصحة اتصف بالضآلة رغم زيادته بمرور الأعوام؛ فقد بلغت نسبة الإنفاق على القطاع الصحي 5.41 % خلال العام 2012 من إجمالي الإنفاق العام للدولة مقارنة بإجمالي العام 2002 الذي بلغ 3.98 % من إجمالي الإنفاق العام للدولة (المركز الوطني للمعلومات، 2022).



مع ذلك، يظل التمويل المالي ضئيلاً ودون المستوى المطلوب، سيما أن ما تقدمه الدولة للفرد الواحد منخفض؛ فعلى سبيل المثال بلغ نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة في العام 2007م (16.92) دولاراً، ومعظم ما يحصل عليه الفرد في المجال الصحي يكون من حسابه الشخصي مما يعني اتساع رقعة الفقر والموت بصورة أكبر (وزارة الصحة والسكان، 2010 - 2025: 43).

خلاصة الواقع الصحي في اليمن، أن اليمن وسكانها يعانون من تدني مستوى الخدمات الصحية، ومن ضعف دور القطاع الصحي في رفع مستويات الصحة لدى السكان، وسوء تلبية احتياجاتهم الصحية، وعدم قدرته على تأدية دوره وتحقيق أهدافه الصحية بالصورة المناسبة لتحسين مستوى العيش للأسر اليمنية، وهذا راجع إلى العديد من الصعوبات الإدارية والمادية والمالية والاجتماعية والتكنولوجية، وهي:

أ- صعوبات إدارية:

- عدم فاعلية الخطط الاستراتيجية الحالية؛ لأن ما تعكسه تلك الاستراتيجيات يكون غير مكتمل من ناحية الأنشطة والميزانيات المالية ومؤشرات التقييم.
- ضعف الاهتمام بالموارد البشرية نتيجة قلة فرص التدريب للعناصر الطبية.
- غياب دور الحوكمة والمساءلة والشفافية في المجال الصحي.
- عدم وجود معايير خاصة بجودة النظام الصحي.

ب- صعوبات اجتماعية:

- ضعف دور الشركاء المحليين في تنمية القطاع الصحي.

ج- صعوبات مادية:

- سوء البنية التحتية، وعدم صيانة المعدات الصحية بصورة مستمرة.

د- صعوبات تكنولوجية:

- عدم توفر نظام صحي متكامل المعلومات لمختلف المرافق الصحية.
- ركافة أنظمة المعلومات الحالية في توفير وتحديث البيانات عن الوضع الصحي.

هـ- صعوبات مالية:

- ضعف الميزانية المالية للقطاع الصحي.



الفصل الثالث الخدمات الصحية

يتناول الفصل الحالي مفهوم الخدمات الصحية، وخصائصها، وأهدافها، وأهميتها، وأنواعها، وذلك على النحو الآتي:

1 - مفهوم الخدمات الصحية:

حازت الصحة على اهتمام الكثير من المنظمات الدولية والمحافل والمؤتمرات العلمية التي أكدت على أن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان ولا غنى له عنها من أجل التمتع بالحقوق الأخرى؛ فالفقرة (1) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان تؤكد أن «لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والسكن والرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية الضرورية»، وتتضمن المقومات الأساسية للصحة، وهي التغذية والسكن والحصول على مياه الشرب المأمونة، والعمل في ظروف آمنة وبيئة صحية (منظمة الصحة العالمية، 2022).

وقد مثل إعلان (أما-آتا) لعام 1978 الإعلان الصريح عن توفير الرعاية والخدمات الصحية لجميع البشر، وينص الإعلان على «حق كل إنسان في الصحة وفي الرعاية الصحية الأولية». وقد طرح موضوع الرعاية الصحية مجدداً بعد أربعين عاماً، وذلك في الوثيقة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) عام 2018 تحت عنوان «الرؤية الخاصة بالرعاية الصحية الأولية في القرن الحادي والعشرين» من أجل التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية الشاملة، بحيث تشترك الحكومات ومكونات المجتمعات في تحقيق ذلك من خلال ثلاثة عناصر هي: تعزيز السياسات والإجراءات المتعددة القطاعات، تمكين الناس والمجتمعات المحلية، اعتبار الرعاية الصحية والوظائف الأساسية للصحة العمومية جوهر الخدمات الصحية المتكاملة (منظمة الصحة العالمية، 2019: 11).



أ- تعريف الخدمة الصحية وخصائصها:

الخدمة الصحية (Health service): هي «أي خدمة (دون الاقتصار على الخدمات السريرية أو الطبية) تهدف إلى المساهمة في تحسين الصحة أو في توفير التشخيص والعلاج والتأهيل للأفراد أو المجموعات السكانية» (منظمة الصحة العالمية، 2019: 7).

والخدمات الصحية: هي مجموعة من الخدمات الوقائية التي إذا تم تطبيقها فإنها تجنب الأفراد الإصابة بالأمراض، وتتضمن التغذية السليمة والكشف الطبي الدوري الشامل والوقاية من الأمراض المعدية والأمان والإسعافات الأولية والعناية بالجسم والمحافظة على الأفراد -المعاقين والأسوياء- وتوفير الخدمات العلاجية والأجهزة والأدوات التعويضية للأفراد المعاقين (إسماعيل، 2013: 9).

ب- خصائص الخدمات الصحية:

تتميز الخدمات الصحية بالعديد من الخصائص والسمات المتنوعة التي تميزها عن الخدمات الأخرى، وهي:

- **اللاملموسية:** ويقصد بها عدم القدرة على لمس الخدمة أو تجربتها، وهذا يجعل تصورها ذهنياً صعباً، مما يؤدي في الغالب إلى المعرفة غير الدقيقة للنتيجة مسبقاً؛ ولذلك يعد قرار شراء الخدمة أصعب من شراء السلعة. ولتلافي ذلك يجب البحث عن علاجات أو مؤشرات تدل على جودة الخدمة المقدمة مثل: مكان أدائها، ومقدميها، والأجهزة المقدمة، وغير ذلك.
- **الخدمة الصحية سلعة عامة:** تخضع السلع العامة لتأثيرات خارجية؛ لذا تتميز بخصائص أولهما حالة المنافسة التي تعني أن الفرد عندما يستهلك سلعة أو خدمة عامة؛ فإنه يقف في علاقة تنافسية مع شخص آخر. والخاصية الثانية الاقصاء، وهو احتمال فني لإقصاء البعض من فوائد الخدمة.
- **قلة تنميط وتوحيد الخدمة الصحية:** يتم توجيه الخدمات الصحية نحو الجمهور المستفيد منها باختلاف جنسياتهم أو فئاتهم، وباختلاف أمراضهم وحالتهم الصحية؛ لذلك تختلف الخدمة من فرد إلى آخر، ومن الصعب الاحتفاظ بمستوى معين من المخرجات الخدمية لوجود العديد من المؤثرات التي تتطلبها نوعية الخدمة الصحية كالسرية في الإنجاز والوقت اللازم، والوسائل المستخدمة التي تعكس جودة الأداء وغيرها من العوامل التي تؤثر



على عملية توحيد الخدمات الصحية.

- **مشاركة المريض في إجراء الخدمة:** يعتبر المرضى الذين يتلقون الرعاية الصحية مدخلاً للخدمة، أما حالتهم بعد التشخيص والعلاج فهي مخرجات، ومن ثم يتفاعل المريض والمؤسسة الصحية من خلال تقديم الخدمة الصحية.
- **الاختلاف وعدم التجانس:** تتصف الخدمات الصحية بالتباين وعدم التشابه لأنها تعتمد على مهارة أداء السلوك المقدم للمرضى، وعلى الزمان والمكان والمعلومات التي يقدمها المريض لمقدم الخدمة الصحية، فالمريض يختلف من حيث المزاج والسلوك ومستوى الاستجابة والتفاعل، وقد يعالج الطبيب المرضى بطرق مختلفة؛ وهذا يعود إلى درجة استجابة المريض وتعاونه معه، كما أن حالة الطبيب تؤثر على نوعية الخدمة التي سيقدمها للمرضى (مباركي، 2019: 56).

2- أهداف الخدمة الصحية:

تهدف عملية الاهتمام بجودة الخدمات الصحية إلى قيام الجهات المختصة بدورها في تحقيق متطلبات المجتمع في خفض معدلات الأمراض عن طريق توفير خدمات صحية ذات جودة عالية للمرضى في مختلف الأماكن، مع حفظ الحريات الشخصية وحرية اختيار الطبيب المعالج، والعمل على تطوير نوعية الخدمات الصحية، ورفع العائد من رأس المال المستثمر في المجال الصحي للمساهمة في زيادة الناتج القومي، وإرضاء العاملين في المجال الصحي برفع الأجور وزيادة الحوافز بغرض تحسين مستوى أدائهم العملي. وهي تهدف إلى تلبية توقعات مقدمي الخدمات من أطباء ومساعدي أطباء من خلال إتاحة حرية الاحتراف المهني واختيار النشاط الصحي الملائم، وإمكانية التحكم في التفوق المهني وجودة العلاج، والتحكم في الحالات المرضية وفي طرق متابعتها، والاحتفاظ بالأنماط المهنية، كما أنها تصر على وجود أهداف تنظيمية مهمتها الرقابة والتحكم في تكلفة الخدمة الصحية، ورقابة جودة الخدمة الصحية، والكفاءة والرشادة في استخدام الوسائل المالية والمادية والبشرية المتاحة (أوشن، 2017: 60).



3- أسس الخدمات الصحية:

توجد عدة عوامل تحدد سمات الخدمات الصحية التي ينبغي أن تقدمها المستشفيات للمرضى، وهي كما يلي:

– **الكفاية الكمية:** وتعني توفير الخدمات الصحية للمستفيد بالتناسب مع عدد السكان وتتمثل في الآتي:

- ✓ توفير كوادر بشرية مؤهلة، من أطباء ومساعدين وممرضين، مع مراعاة أن يتم توزيعها بشكل عادل ومتساو على جميع مناطق المجتمع.
- ✓ توفير الخدمات الصحية على مدار 24 ساعة.
- ✓ توفير أساليب ووسائل التثقيف الصحية بين أفراد المجتمع لتعريفهم بالخدمات الصحية.
- ✓ وضع النظم المالية والإدارية الكفيلة بتوفير تلك الخدمات التي تكفل للفرد الحصول عليها والسعي إلى توفير التأمين الطبي الشامل لجميع المواطنين.

– **الكفاية النوعية:** ينبغي إعداد معايير وأسس طبية من قبل مختصين لنوعية الخدمات الصحية التي سيتم توفيرها للمرضى، ووضع برامج تثقيفية علمية للأطباء والعاملين في المجال الصحي لرفع كفاءتهم المهنية، ودمج الخدمات العلاجية والوقائية؛ لأن لها كياناً واحداً ومتكاملاً، والغرض منها هو اكتمال سلامة الفرد، وتوفير الحوافز والتسهيلات الإدارية لجميع العاملين في المجال الصحي (أبوبكر، 2015: 61).

4- أهمية الخدمات الصحية:

تبرز أهمية الخدمات الصحية من دور الصحة في حياة البشر؛ فالصحة مفتاح الحياة الرغيدة مهما بلغت الثروات المادية، ومن الضروري أن يتم توفير الخدمات الصحية للناس لا سيما أن أكثر من نصف سكان العالم يفتقرون إلى إمكانية حصولهم على الخدمات الصحية التي يحتاجونها.

لقد أصبحت الخدمات الصحية أساساً في تحقيق أهداف خطة التنمية المستدامة للعام 2030 التي هدفت إلى «ضمان تمتع الجميع بأنماط العيش الصحية وبالرفاهية في جميع الأعمار»، وهذا يعني التغطية الصحية الشاملة؛ لذا ينبغي تعزيز الصحة وحمايتها، وتوفير الخدمات الوقائية والعلاجية ذات الجودة العالية، وتحقيق مستويات عالية لتغطية الرعاية الصحية لجميع الفئات العمرية.



فالخدمات الصحية، وما يتم توفيره من رعاية، تمثل حجر الزاوية لتعزيز النظم الصحية التي تعمل على تحسين نوعية الخدمات الصحية، وبذلك يبرز دورها في تعزيز الإنصاف وزيادة الأمن الصحي والارتقاء بالكفاءة من حيث التكلفة (منظمة الصحة العالمية، 2019: 3).

5- أنواع الخدمات الصحية:

تم تصنيف الخدمات الصحية بحسب طبيعتها وميادينها كما يلي:

- **خدمات وقائية:** تعمل هذه الخدمة على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة.
- **خدمات علاجية:** موجهة نحو الأفراد، وترتبط بتقديم الخدمات الطبية في مختلف التخصصات لجميع المرضى، سواء على مستوى المستشفيات أو على مستوى العيادات الخارجية، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة والتحاليل، وخدمات التغذية والنظافة والإدارة.
- **خدمات إنتاجية:** تتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات، وتوفير الدم، وإنتاج الأدوية، والمعدات والأجهزة الطبية التي يحتاجها المجال الطبي (أوشن، 2018: 57).

الخدمات الصحية هي الأساس الناتج عن الإدارة الصحية، والهادفة إلى توفير مناخ صحي مناسب ومتكامل الأركان المادية والبشرية من مختصين وكوادر مدربة ومؤهلة بتخصصات متنوعة، وأجهزة ومعدات حديثة تتناسب مع احتياجات المرضى. وهي خدمات غير ملموسة لا يتم مشاهدتها، بل قياسها وملامسة نتائجها من خلال ارتفاع نسب الأصحاء في المجتمع، وانخفاض معدلات المرضى، حيث يتم العمل على تغطية تلك الخدمات بصورة تتناسب مع احتياجاته.



الفصل الرابع

إدارة الجودة الشاملة في الصحة

يعرض الفصل الحالي ثلاثة محاور رئيسة تتمثل في مدخل إدارة الجودة الشاملة، وإدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية، ومتطلبات تطبيق إدارة الجودة لتحسين الخدمات الصحية، وذلك كما يلي:

المحور الأول: إدارة الجودة الشاملة:

سيتم تناول مفهوم إدارة الجودة الشاملة، وأهدافها، ومرتكزاتها الأساسية، ومراحل تطبيقها بصورة عامة وذلك على النحو الآتي:

1- مفهوم إدارة الجودة الشاملة:

أن شيوع مفهوم إدارة الجودة في مختلف الأدبيات باختلاف مجالاتها أدى إلى وجود العديد من التعاريف لمفهوم الجودة، حيث إن مفهوم الجودة يخضع لتقدير الأفراد وباختلاف اهتماماتهم وأولوياتهم وأهدافهم؛ لذا تعددت تعاريفها، ومنها:

عرفها إدوارد ديممنغ بأنها: هي طريقة الإدارة المنظمة التي تهدف إلى تحقيق التعرف والمشاركة المستمرة من العاملين في المنظمة من أجل تحسين السلعة أو الخدمة أو الأنشطة التي تحقق رضا العملاء وسعادة العاملين ومتطلبات المجتمع (حاروش، 2012: 153).

وعرفها Robbins & Coulter بأنها: فلسفة إدارية موجهة على أساس التحسين المستمر والاستجابة لاحتياجات وتوقعات الزبون (أمحمدي، 2015: 3).

وتعرف أيضاً أنها: «الطريقة التي تستطيع من خلالها المنظمة في تحسين الأداء المستمر في كافة مستويات العمل التشغيلي، وذلك بالاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية المتاحة» (حمود، 2000: 78).

إن إدارة الجودة الشاملة فلسفة إدارية تركز على المستفيدين والعاملين بحيث يتم العمل المتواصل بغرض تحسين مستوى أدائهم في تقديم الخدمات التي تلبى احتياجات المستفيدين وترفع مستوى رضاهم.



2- أهداف إدارة الجودة الشاملة:

تهدف إدارة الجودة الشاملة إلى التركيز على احتياجات العميل، وتحقيق أعلى أداء في كل المجالات، ووضع إجراءات مبسطة لأداء الجودة، وعمل مراجعة مستمرة للعمليات لإزالة الهدر والفاقد، وابتكار مقاييس جديدة للأداء، وإدارة المنافسة وتطوير استراتيجيات للمنافسة، ووضع أساليب مستمرة للتطوير؛ وبذلك فإن إدارة الجودة الشاملة تهدف إلى تحقيق الجودة في أربعة مكونات رئيسة للمنظمات هي:

- جودة الموارد البشرية.
- جودة التكنولوجيا المستخدمة.
- جودة البيئة الداخلية للمنظمة.
- جودة البيئة الخارجية للمنظمة (أبو النصر، 2015: 65).

3- مراحل إدارة الجودة الشاملة:

تقوم عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة على العديد من المراحل التي يمكن تلخيصها في الآتي:

- **المرحلة الأولى (الإعداد):** وهي تمثل البداية بالإعداد لتطبيق الجودة في أي منظمة، بحيث يتم التهيئة والإعداد لذلك، ويتم في هذه المرحلة:

- التزام القيادات العليا بفلسفة إدارة الجودة الشاملة.
- تعزيز الوعي بأهمية التطوير المستمر من خلال التشخيص العلمي للمشاكل، وتحديد التحديات التي قد تواجهها.
- تحديد احتياجات المستفيدين ومتطلباتهم واتجاهاتهم ورغباتهم بوصفها أساساً من أسس أهداف بقاء المنظمة ونشأتها (هوارى، 2015: 35).
- العمل على وضع التوجهات الاستراتيجية للمنظمة، وتحديد الاحتياجات اللازمة لتنفيذ السياسات الخاصة باستراتيجية المنظمة (حاروش، 2012: 156).

- **المرحلة الثانية (التخطيط):** تقوم هذه المرحلة على تكريس الجهود داخل المؤسسة، ووضع الخطة الاستراتيجية، وتخصيص الموارد المالية والبشرية لعمليات التنفيذ بهدف تحقيق الجودة من خلال:



- تعريف العاملين بإدارة الجودة وإقناعهم بمفاهيم التميز الإداري.
- تعيين مديراً للجودة الشاملة من بين رؤساء الوحدات التنظيمية للمنظمة، وممن يمتلكون مهارات قيادية وإدارية.
- إعداد خطة شاملة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة وبمشاركة جميع العاملين، والاستفادة من آرائهم وأفكارهم في عملية التخطيط.
- وضع خطة لتطوير نظم المعلومات على مستوى المنظمة، وبما يمكنها من مواكبة التكنولوجيا المستخدمة في معالجة البيانات.

- **المرحلة الثالثة (التقييم):** تهدف هذه المرحلة إلى توفير المعلومات المتعلقة بالمنظمة لدعم عمليات الإعداد والتخطيط، وأولويات التطوير التي تسعى المنظمة إلى تحقيقها، وهي تتضمن الخطوات الآتية:

- تحديد معايير لقياس مستوى الجودة، بحيث يتم اشتقاقها من المعايير العالمية وتكييفها مع بيئة عمل المنظمة.
- تشخيص الوضع الحالي للمنظمة، ويتم التعرف على جوانب القوة لدعمها، وجوانب الضعف لمعالجتها، والقيام بعمليات:
- 1- التقييم الذاتي: يتم تقييم مستوى وعي العاملين حول أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- 2- تقييم آراء العملاء: يتم إجراء مسح شامل حول آراء العملاء المتعلقة بالخدمات التي تقدمها المؤسسة.
- 3- تقييم تكاليف الجودة: ويتم هنا تقييم تكاليف الوقاية، والتقييم، وتكاليف الفشل الداخلي، والفشل الخارجي (أمحمدي، 2015: 24).
- مراجعة الثقافة التنظيمية للمنظمة في ضوء متطلبات ثقافة الجودة الشاملة، والعمل على تطويرها وتكييفها مع متطلبات الجودة.

- **المرحلة الرابعة (التطوير):** يتم في هذه المرحلة العمل على التطبيق الفعلي للجودة من خلال الخطوات الآتية:

- 1- تفعيل دور فرق الجودة التي تم إعدادها.
- 2- تحديد المسؤوليات، وتعريف العاملين بأدوارهم في عملية التغيير.
- 3- المراجعة الدورية للجهود المبذولة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وتحقيق التقدم في التطبيق، وحل المشاكل التي قد تواجههم مع الاستفادة من التجارب المماثلة.

- **المرحلة الخامسة (التحسين المستمر):** تهدف هذه المرحلة إلى القيام بأفضل



الممارسات لتحسين الأداء والقيام بالاستثمار المستقبلي لتلك الممارسات مرة أخرى في عمليات التطوير والتحسين، وذلك بمشاركة العاملين والمستفيدين، وتتضمن هذه المرحلة:

- 1- الاستعانة بخبراء الجودة الشاملة في تقديم برامج الجودة.
- 2- دعوة جميع الأطراف المعنية بتطوير عمل المنظمة للمشاركة في عمليات التطبيق.
- 3- تزويد العاملين بالتغذية العكسية عن نتائج التقييم، ثم العودة إلى مرحلة التخطيط للاستمرار بعمليات التحسين المستمر (هوارى، 2015: 35).

4- معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

لا يمثل تطبيق إدارة الجودة الشاملة الحل الأمثل لل صعوبات أو الأزمات التي تمر بالمؤسسات بمختلف أهدافها، وذلك لأنها قد تواجه العديد من المعوقات التي تعوق عمليات التطبيق؛ لذا ينبغي مراعاة تلك المعوقات وتجاوزها، والتي تتلخص في الآتي:

- الثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسات الخدمية التي تهتم وتشجع الإنجازات الفردية أكثر من رعاية وتشجيع الإنجازات الجماعية والتنظيمية.
- التغيير المستمر في القيادات الإدارية الذي يؤدي إلى عدم قدرتها على السيطرة على برامج الجودة.
- حاجة إدارة الجودة الشاملة إلى وقت طويل لتطبيقها مما يؤدي إلى العزوف عن استكمال ذلك.
- الفشل في تحديد الصعوبات التي تواجه عمليات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- ضعف الجانب المالي، وعدم توفر الكوادر البشرية المؤهلة لعمليات التطبيق.
- عدم القدرة على تغيير الثقافة التنظيمية للمؤسسة.
- النقص في الجانب التدريبي للموارد البشرية.
- عدم ملاءمة الهيكل التنظيمي للعمل داخل المؤسسة، كما أن عمل الإدارات يتم بصورة منفردة عن بعضها البعض، وليس بينها ترابط.
- عدم وجود أساليب فعالة للقياس، والعجز في الوصول للمعلومات والنتائج.
- عدم اقتناع القيادات العليا بتطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- الإهمال، وعدم التركيز على إشراك العاملين في برامج تطوير الجودة الشاملة.
- ضعف قدرة المؤسسة على التعرف على آراء المستفيدين (أوشن، 2018: 51).



وتأسيساً على ما سبق، يمكن القول إن:

- إدارة الجودة الشاملة فلسفة إدارية متعددة الأطراف (داخلية وخارجية)، وهي تركز كل الجهود على رفع مستوى رضا المستفيدين من الخدمة الانتاجية، مما يتطلب تسخير جميع الموارد البشرية والمادية لتحسين مستوى الأداء وتقديم خدمات ذات جودة عالية.
- إدارة الجودة مدخل تشاركي لجميع المستويات الإدارية داخل المنظمة وخارجها، ممثلة بالجهات المستفيدة من الخدمة الانتاجية؛ لذا ينبغي العمل على التخطيط وفق تطلعات تلك المستويات الإدارية داخل المنظمة والمستفيدين خارجياً.
- العمل على التنسيق والتواصل مع الجهات التي تسهم في تلبية الاحتياجات المادية والبشرية الخاصة بالمنظمات الخدمية يحسّن نوعية المدخلات من الموارد البشرية والمادية لتعكس إيجابياً على جودة نوعية الخدمات التي يتم تقديمها وتلبي احتياجات المستفيد.
- نجاح إدارة الجودة الشاملة يتطلب التغلب على العوائق التي تقف دون تنفيذ خطواتها بصورة عملية.

المحور الثاني: إدارة جودة الخدمات الصحية:

تُلزم إدارة الجودة جميع العاملين في المنظمة الصحية، من أطباء ومدراء إداريين وممرضين، بتحمل المسؤولية والعمل الجماعي بفرض تجويد نوعية الخدمة الصحية؛ حيث تعمل الجودة على منع حدوث المشاكل السريرية المتعلقة بالشؤون الإدارية، وترفع مستوى رضا العملاء (المرضى)، وتحسّن العمليات التنظيمية بشكل مستمر، وتقدّم الخدمات الصحية بجودة عالية، وبذلك يتضمن مفهوم إدارة الجودة الشاملة: إشراك الموظفين، منع الأخطاء، التركيز على العملاء، العمل الجماعي، القيادة، التحسين المستمر (Abu Daqar, 2020: 60).

1- مفهوم إدارة جودة الخدمات الصحية:

تُعرف إدارة جودة الخدمات الصحية بأنها: «تهيئة وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كل موظف يعلم أن الجودة في خدمة المستفيد هي الهدف الأساسي للوحدة الصحية، وأن طريق العمل الجماعي وفرق العمل هي الأسلوب الأمثل لإحداث التغيير المطلوب في المنظمة الصحية» (براق؛ ومريزق، 2008: 16). وتعرف أيضاً أنها «درجة التطابق مع المواصفات من وجهة نظر المستهلك وليس



من وجهة نظر الإدارة المنظمة». وهناك اتفاق عام على أن مفهوم الجودة في الخدمة الصحية يتضمن جانبين أساسيين هما:

- فنية الرعاية أو الجانب المعرفي والتكنولوجي المستخدم في الرعاية الصحية.
- فنية الرعاية أو الجانب السلوكي للرعاية ويشير إلى سلوكيات مزود الخدمة الصحية وطرق التعامل مع المرضى وتقديم الخدمات الصحية (بورناز، 2018: 8).

كذلك تعرف إدارة جودة الخدمات الصحية بأنها النظام الصحي الذي يوظف ويستخدم أحدث المعارف والتقنيات المتاحة للعلوم الطبية أو الصحية لتحقيق أقصى تأثير مرغوب لصالح المريض (الغزالي، 2014: 32). وتعرفها منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بأنها: «الاستفادة من الموارد المتاحة لتقديم أفضل رعاية للمستخدمين» (منظمة الصحة العالمية؛ البنك الدولي، 2019: 36).

وفي ظل تعدد الأطراف في النظام الصحي، ما بين عاملين متخصصين ومستفيدين وإداريين، اختلف مفهوم جودة الخدمة الصحية بحسب موقع تلك الأطراف في النظام الصحي؛ لذا تم تناولها كما يلي:

- الجودة من المنظور المهني الطبي: هي تقديم أفضل الخدمات وفقاً لأحدث التطورات العلمية والمهنية.

- الجودة من المنظور الإداري: هي التي تهتم بدرجة أساسية بكيفية استخدام الموارد المتوفرة، والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمات مميزة؛ وهذا يشتمل ضمناً على تقديم الخدمة في وقتها المناسب وبالجودة العالية والتكاليف المقبولة.

- الجودة من منظور المستفيد (المريض): تركز على طريقة الحصول على الخدمة ونتائجها النهائي. والنظام هنا لا يركز على الجانب التشريعي والتنظيميات التي تبنى على أسس مهنية أو تنظيمية محددة دون الاهتمام باحتياجات ورغبات المستفيد، بل يركز على الخطوة الأولى في العلاج، وهي معرفة شكوى المريض واحتياجاته. والهدف النهائي هو معالجة تلك الشكوى (براق؛ ومريزق، 2008: 15).

تتضمن الخدمات الصحية عالية الجودة العمل على تقديمها في الوقت المناسب، والاستجابة لاحتياجات المستفيدين، والتقليل من إلحاق الضرر أو هدر الموارد المتاحة إلى الحد الأدنى، والتركيز على نوعية الخدمة التي يتم تقديمها مما يرفع من مستوى النتائج الإيجابية المنشودة في الصحة. ومن خصائص جودة الخدمة الصحية: الفعالية، السلامة، التمحور حول الفرد، دقة التوقيت



في تقديم الخدمة، الإنصاف، التكامل، الرعاية، الكفاءة (منظمة الصحة العالمية؛ البنك الدولي، 2019: 35).

إن مفهوم إدارة الجودة في الصحة يستخدم لوصف دور التخطيط كاملاً والرقابة والتأكيد والتحسين المستمر؛ فالنهج الذي تتبعه القطاعات الصحية في إدارة الجودة الشاملة يتكون من أربعة عناصر مترابطة هي:

- **التخطيط للجودة:** ويقصد به توفير الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجات السكان، والحرص على تقديمها بإنصاف وعدالة إلى الجميع. ويمكن معرفة ذلك عن طريق تقييمات احتياجات الإنصاف، وتصميم التدخلات لتلبية الاحتياجات.
- **الرقابة للجودة:** يتم متابعة ومراقبة أداء المؤسسات الصحية في ضوء معايير محددة محلياً.
- **تأكيد الجودة:** توفير الأدلة بشكل مستقل وبطريقة منهجية وشفافة لتوفير الثقة في النظام الصحي بما يلبي المعايير الداخلية والخارجية؛ من خلال المراجعات السريرية وتقارير الحوادث السريرية، واستطلاعات الموظفين وعمليات التفتيش الخارجية للمعايير على سبيل المثال.
- **تحسين الجودة:** من خلال استخدام طرق منهجية تتضمن طرق وأدوات محددة للتحسين المستمر لضمان رعاية صحية نموذجية أو جيدة (47: The Health Foundation, 2021).

2- أهداف جودة الخدمات الصحية:

- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
- تقديم خدمات صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد.
- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية وبين مقدميها.
- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة عالية.
- رفع مستويات الإنتاجية بطريقة أفضل؛ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين هو الهدف الأساسي من تطبيق الجودة.
- كسب رضا المستفيد من الخدمة الصحية التي تعد أهم القيم التي تسعى إدارة الجودة إلى تحقيقها.
- تحسين معنويات العاملين؛ فتعزيز الثقة لدى العاملين في المؤسسة الصحية وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء فاعلين يؤدي إلى رفع معنوياتهم، ومن ثم الحصول على نتائج أفضل.



■ التعرف على آراء وانطباعات المستفيدين عن الخدمات المقدمة وقياس مستوى رضاهم عنها هو وسيلة للقيام بعمليات التخطيط الإداري المستقبلي للمؤسسة الصحية ووضع السياسات اللازمة لتحسين جودة خدماتها (الغزالي، 2014: 34).

3- أبعاد جودة الخدمات الصحية:

تتطلب عملية التحسين النظر في أبعاد الجودة بصورة متكاملة، وتتضمن جميع جهات نظر أصحاب المصلحة والعاملين في المؤسسات الصحية بغرض القيام بعمليات التحسين في ظل الأبعاد الآتية:

- الأمان: يعتمد تقديم الخدمات الصحية على تقديم المساعدات للمرضى وبما يمنع عنهم الأذى ويخفف من معاناتهم المرضية.
- الفعالية: ينبغي أن تكون نتائج تقديم الخدمة الصحية واضحة.
- الخبرة: إن تقديم الخدمات الصحية ليست حكراً على المختصين من أطباء وممرضين فقط، بل إن للموظفين دوراً إدارياً في تقديم الخدمة الإدارية للمرضى بكل احترام، مع مراعاة الرحمة وكرامة المرضى.
- الإنصاف: توفير الرعاية الصحية لأي شخص بغض النظر عن خصائصه.
- أن يتصف مقدم الخدمة بالتعاون، مع التزامه بالتعلم والتحسين المستمر لما يتم تقديمه من خدمات.
- الاستدامة: يتم استخدام الموارد والأدوات الصحية بكفاءة عالية، وتوفير وصولها إلى الجميع بصورة عادلة، ووفقاً لاحتياجات السكان (Jones, others, 2021:8).

4- أهمية تطبيق إدارة الجودة في المجال الصحي:

برزت أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة من خلال تركيزها على نوعية الخدمات التي يتم تقديمها للمستفيدين، وتأكيداً على التحسين المستمر للأداء؛ فالمنافسة العالمية والمحافظة على البقاء يحتم ضرورة العمل على:

- فهم احتياجات المستفيدين (المرضى)، والعمل على إشباعها في الوقت المحدد وبأقل تكلفة.
- الإمداد بالسلع والخدمات بجودة عالية وبشكل ثابت ومستمر.
- مجارة التغيير في النواحي التكنولوجية والسياسية والاجتماعية.
- التوقع باحتياجات العملاء مستقبلاً.
- التقليل من الأخطاء الطبية في مجال التشخيص والعلاج (بلمرادسي، 2020: 91).



5- مجالات تطبيق إدارة الجودة في الصحة:

لا تقتصر إدارة الجودة على مجال دون آخر، بل تتضمن كل ما له علاقة بصورة مباشرة أو غير مباشرة بالعمل الصحي؛ فإدارة الجودة تحقق العديد من المكاسب، كتحسين الأداء ورفع مستوى جودة الخدمات ورضاء العملاء وتحسين بيئة العمل وغير ذلك. ويعود ذلك إلى قدرة إدارة الجودة على تبسيط الإجراءات التنفيذية، والتحسينية، والقضاء على الهدر، ومنع التكرار، والتجديد في عملية تقديم الخدمات والأنشطة المختلفة، حيث إنها تعمل على:

- تبسيط الإجراءات: وذلك من خلال حرصها على تحديد سبل وطرق إجراءات العمل من خلال اختصارها وتحسينها.
- تحسين الإجراءات: قدرة المدخل على تقصي الفرص المناسبة واقتناصها بغرض التحسين.
- القضاء على الممارسات الإكلينيكية؛ حيث تسهم إدارة الجودة في القضاء على الاختلافات في الممارسات الإكلينيكية واختيار أفضل الطرق لأداء العمل ووفقاً للأدلة والحقائق العلمية.
- كفاءة التشغيل باستغلال الموارد المتاحة لتحقيق النتيجة المرغوبة والهدف المقصود وبمستوى معين وبأقل التكاليف، وبذلك يتم التقليل من نسب الهدر (حاروش، 2012: 182).

6- آثار جودة الخدمات الصحية:

- تبرز عمليات تحسين الخدمات الصحية من خلال ارتفاع مستويات الرضا لدى المستفيدين (المرضى) حين يحصلون على الخدمات الصحية بالمستوى الجيد وبأقل التكاليف.
- رفع كفاءة العمليات الإدارية والسريرية.
- الحصول على النتائج المرغوبة باستخدام أقل الموارد المتاحة.
- تحسين العلاقة بين العاملين والمستفيدين من الخدمات الصحية.
- الكشف المبكر عن المشاكل المتوقع حدوثها، وتلافي حدوث الأضرار بصورة مستمرة.
- التزام القيادات والإدارات العليا بعمليات تنفيذ الخطط، ويتضمن التزامها في الآتي:

- ✓ توفير التوجيه من خلال التخطيط والمشاركة في تطويرها.
- ✓ بناء الخطط في ضوء عمليات تحليل الوضع الحالي للمؤسسة الصحية،



والقيام ببناء الاستراتيجيات في ضوء النتائج، وتحديد الأهداف وخطط العمل مع حرصهم على ارتباط تلك الاستراتيجيات بخطط التنمية الوطنية للبلد، مع القيام بمتابعة التنفيذ وتحديد العوائق والصعوبات التي تواجه العمل التنفيذي للاستراتيجيات.

✓ إشراك الموظفين ضمن فريق تقديم الخدمات بشكل جيد.
✓ استمرارية تقييم مستوى الأداء والتحفيز لأفضل المستويات ترفع من الأداء والإنجاز.

✓ تحقيق التمكين لجميع العاملين من خلال التدريب أثناء العمل؛ لرفع مستوى مهارات وقدرات العاملين (Faloudah and others, 2015: 35).

المحور الثالث: متطلبات جودة الخدمات الصحية:

تعتمد جودة الخدمات الصحية في ضوء مدخل إدارة الجودة على تطبيق مبادئها وتوفير متطلبات تطبيقها، وهي كما يلي:

1- مبادئ إدارة الجودة الشاملة

تمثل مبادئ إدارة الجودة الشاملة البناءات الفكرية والفلسفية التي يستند عليها الجانب التشغيلي لإدارة الجودة الشاملة، وقد أوضحت العديد من الدراسات أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة تؤثر بطريقة إيجابية في جودة الخدمات الصحية. ومن تلك الدراسات: دراسة (Ernest, 2020)، دراسة (Abu Daqar, 2020)، دراسة (أبو بكر، 2015)، دراسة (بودية، 2017)، دراسة (جلابة؛ وسرارمة، 2018).

كما أشار (Ahmed & Mahgoub, 2017: 33) إلى أن ممارسات إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي تقوم على مبادئه التي تنتهج الالتزام بالإدارة العليا، والعمل الجماعي، والتحسين المستمر، والتركيز على العملاء، وإدارة الموارد البشرية، والثقافة التنظيمية، والتدريب، وإدارة العمليات. وقد تم تناولها كما يلي:

- التركيز على العميل: يمثل العميل الركيزة الأساسية لبقاء المؤسسات؛ لذا تركز إدارة الجودة الشاملة على تحقيق مستوى عالٍ من رضا المستفيدين من خلال تحديد احتياجاتهم ومتطلباتهم، والعمل على تقديمها بشكل متميز يتوافق أو يفوق توقعاتهم (بودية، 2017: 169).
- التركيز على إدارة الموارد البشرية: المورد البشري هو العنصر الرئيس في



عملية تشييط وتحقيق أهداف المنظمة، وتطبيق إدارة الجودة الشاملة تعتمد على تدريب الموارد البشرية وتطويرها وتحفيزها، وتكريس الجهود على الاهتمام بالعنصر البشري بدءاً من عملية الاختيار والتعيين وتقييم الأداء، وبرامج التدريب والتطوير والتحفيز والسعي إلى إثبات دور وأهمية العمل الجماعي ودوره في تحقيق الأهداف (حمود، 2000: 100).

■ اقتناع ودعم الإدارة العليا: تعد المساندة والتزام الإدارة العليا من أهم عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وذلك لأنها استراتيجية ينبغي أن تتبع من قمة الهرم التنظيمي، فأى نجاح لأي مؤسسة لا يتم إلا بتأييد وتجاوب القيادات العليا التي تتصف بالعديد من الصفات القيادية الداعمة والمحفزة لإنجاز العاملين لأدوارهم (بودية، 2017: 169). ويتمثل التزام الإدارة العليا في تعزيز ثقافة الجودة، وتطوير إمكانيات العاملين في تأدية أدوارهم، وتوفير رؤية واستراتيجية واضحة الأهداف لجميع العاملين (حمود، 2000: 102).

■ مشاركة العاملين: يعتمد مدخل إدارة الجودة الشاملة على مبدأ مشاركة العاملين؛ حيث إن كل فرد من أفراد التنظيم معني بالمشاركة في تقديم الخدمات ذات الجودة العالية وبأقل التكاليف، وتعد عملية إشراكهم في عملية اتخاذ القرار عامل مهم للجودة. وهذا يتطلب من الإدارة العليا تصميم برامج تدريبية وتأهيلية للأفراد ليستطيعوا تطبيق إدارة الجودة، وتوفير نظام مناسب للحوافز.

■ التحسين المستمر: يؤكد رواد الجودة على التحسين المستمر الهادف إلى إدخال تحسينات ضرورية على عمليات تقديم الخدمة أو المنتج في ضوء البيانات المتاحة والمعبرة عن احتياجات المستفيدين ورغباتهم (بودية، 2017: 169)، والقيام بعمليات التقييم المستمرة وفقاً للمعلومات التي يتم إتاحتها وتحليلها بشكل دوري للتحسين (جلابة؛ وسرارة، 2018: 9).

■ التخطيط الاستراتيجي: يجب أن يكون لدى إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات رؤية مستقبلية وأهداف محددة وواضحة وبعيدة المدى تسعى إلى تحقيقها. وبناء الخطة الاستراتيجية يتطلب مشاركة جميع أفراد المؤسسة (بودية، 2017: 169).

■ نظام المعلومات والتغذية العكسية: إن توفير نظام للمعلومات يمثل عنصراً أساسياً في عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وذلك لدورها في عملية اتخاذ القرارات التي تبني على نتائج المقاييس والمعايير المحددة، كما أن عملية التحسين المستمر تقترب بعملية التدفق الفعلي للمعلومات وأنظمة الاسترجاع الفاعلة.



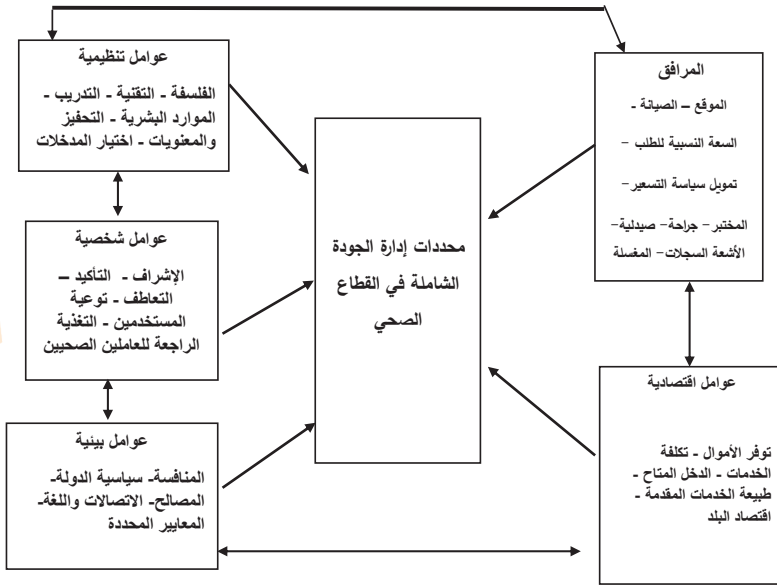
- علاقة الموردين: يعد دور الموردين هاماً في عملية توريد المواد بالجودة المطلوبة؛ فعملية اختيار الموارد ذات الجودة العالية يساهم بدور فعال في تقديم خدمات ذات جودة عالية.
- الوقاية من الأخطاء: ينبغي العمل على توفير المعايير والمقاييس المطلوبة التي تمكن العاملين في مختلف النشاطات التشغيلية من تحقيق الأداء الذي يتناسب مع المعايير المحددة، سيما أن تلك المعايير تعمل على منع الانحراف وتقي من الأخطاء التي قد تحدث أثناء الأداء.
- توكيد الجودة: يعد توكيد الجودة ذا أثر فعال في إنجاح إدارة الجودة، لأنها تقوم أساساً من عمليات تصميم المنتج ذي المواصفات العالية والمتقنة ليكون له أثر كبير في نجاح دقة المطابقة مع التصميم أثناء الأداء التشغيلي للعملية الإنتاجية.
- المناخ التنظيمي: يعنى المناخ التنظيمي بقيام الإدارة العليا بإعداد وتهيئة العاملين بمختلف المستويات الإدارية لتبني مفاهيم إدارة الجودة الشاملة خاصة أن ذلك يساهم في تنشيط أدائهم والتقليل من مقاومتهم للتغيير، وذلك بتوفير الموارد والتسهيلات المطلوبة لنجاح وتطبيق إدارة الجودة، وزرع الثقافة الهادفة للجودة بين العاملين في مختلف المستويات.
- الإدارة العملية: وينبغي التركيز من خلالها على تخطيط الجودة وتحسينها. وهي تبدأ من عمليات التصميم والسيطرة على الإجراءات المتعلقة بالتجهيز والصيانة والرقابة، وجدولة جميع الإجراءات التشغيلية، وتوثيق جميع الفعاليات المتعلقة بها (حمود، 2000: 100).

2- متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة لتحسين الخدمات الصحية:

- يمثل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية أحد العوامل البارزة لنجاح الكثير من المستشفيات أو المرافق الصحية الأخرى في الكثير من الدول؛ لآتسام المدخل بالعديد من المميزات الهامة، وهي:
- التزام الجميع بتحسين الجودة.
 - مواءمة متطلبات المنتفعين بشكل كبير مع توقعاتهم من خلال التعرف على رغباتهم وتحسين قدرات وممارسات الخدمة الصحية لتلبيتها.
 - استيعاب متطلبات المستهلك الداخلي وحاجاته باستحداث الرضا لدى صانعي الخدمة والمستهلكين، والتعرف على حلقات سلسلة الجودة الداخلية، والوقاية من توقف العمليات في هذه السلاسل.



- الحفاظ على جودة الخدمة وتصميمها، وإرساء قواعد ومعايير لكل خدمة، والتأكد من وضوحها وقابليتها للقياس.
- التأكيد على تبني جميع الخدمات لوظيفية الجودة، وتشجيع العاملين في كل المستويات للتعرف عليها، وتمكين عملية تحسين الجودة واستحداث الشراكة بين المستهلك الداخلي والخارجي والمجهزين، والتركيز على تبني التخطيط والإدارة والتدقيق الطبي والمهني، ومراجعة نظم الجودة ومعاييرها، وتحفيز العاملين على تحسين الجودة (التميمي؛ وعيسى، 2014: 33)؛ لذا تنوعت متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي كما يلي:
 - القيادة والحكم: إنشاء قيادة فعالة للتحسين، ووضع ترتيبات للحوكمة، وتحديد أولويات قضايا الجودة التي تتطلبها عمليات التحسين.
 - اعتماد منهج منسق وواضح لتحسين الجودة يتضمن تطوير الأنظمة لتقوم بدورها في عمليات إصلاح الاختلالات بحيث تحتوي على الابتكار في العمليات وتكون قادرة على التكيف مع المحيط المؤسسي.
 - ثقافة التحسين: ينبغي العمل على بناء ثقافة الجودة والتحسين في مكان العمل وعلى مختلف المستويات الإدارية وضرورة إدراك جميع العاملين لدورهم الإبداعي في عمليات التحسين.
 - المشاركة: الأخذ بآراء جميع الأطراف من عاملين، ومرضى في عمليات التحسين المرغوبة مستقبلاً، وتشجيع جميع المستويات الإدارية على التعاون والتخطيط والمشاركة في عمليات التحسين.
 - توفير سياسات داعمة لعمليات التحسين.
 - وجود هيئات وتنظيمات تدعم التحسين والتطوير.
 - أن تعمل الحكومات على توفير كل ما يلزم النجاح في عملية تقديم الخدمات مع مراعاة معايير الجودة فيما يتم توفيره (Jones, others, 2021: 11,12).
- فيما حددت دراسة (Adeoti, 2011) عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية كما في الشكل الآتي:



الشكل (1): محددات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
المصدر: (Adeoti, 2011: 18)

كما أوضحت منظمة الصحة العالمية ومنظمة التعاون والتنمية أن عملية ضمان جودة النظم الصحية تتطلب التعاون بين جميع صانعي السياسات والقيادات العليا في الدول وقيادة النظام الصحي والمرضى والأطباء والمرضى على القيام بالإجراءات الأساسية بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية، وهي:

- 1- ضمان توفير القوى العاملة عالية الجودة من خلال الآتي:
 - وضع استراتيجيات وطنية لمعالجة الفجوات في إعداد المختصين الصحيين وتوزيعهم، واستبقائهم على المدى الطويل والقصير.
 - تحديث مناهج التدريب للعاملين في مجال الخدمات الصحية، ودمج مبادئ الجودة وأساليب تحسينها في مناهج التدريب.
 - تشجيع برامج التطوير المهني المستمر للعاملين في المجال الصحي وتقييم أثرها.



2- ضمان التميز في جميع المرافق الصحية، وذلك من خلال الآتي:

- ضمان جاهزية الخدمات الصحية وتوفيرها .
- تشجيع عمليات التقييم المستمر لجودة المرافق الصحية.
- جمع وتحليل البيانات الصحية عن مستوى الجودة وتوفيرها في المرافق الصحية، والعمل على تحويل الأفكار إلى إجراءات لنشر أفضل الممارسات لدعم أصحاب الأداء المتميز.

3- ضمان الاستخدام الآمن والفعال للأدوية والأجهزة والتقنيات الطبية، من خلال:

- وضع مبادئ توجيهية، وقوائم مرجعية وأنظمة مراقبة لدعم الاستخدام الصحيح للتكنولوجيا الطبية، ومراقبة الأخطاء الطبية.
- وضع سياسات وطنية بشأن الأدوية والأجهزة مدعومة بتقييم معياري للتقنية الدوائية، والتركيز على الجودة المضمونة، والإمداد الكافي والأسعار المناسبة.
- إقرار التبرع التطوعي بدون مقابل للدم، وإدخال تقييم جودة خارجي لعمليات جمع مشتقات الدم وتحضيرها وإدارتها.

4- ضمان الاستخدام الفعال لأنظمة المعلومات الصحية من خلال:

- إنشاء أنظمة للمعلومات تعمل على تسجيل الموالييد والوفيات، وإنشاء نظم وطنية عن الوضع الصحي لسكان البلد.
- التحول من الاعتماد على التسجيل الورقي إلى التسجيلات الصحية الإلكترونية المتفردة التي يمكن استخدامها لتحسين مستوى جودة الخدمات الصحية.
- وضع تشريعات وطنية لحماية الخصوصية الفردية، والسماح باستخدام المعلومات الشخصية لأغراض البحث.
- تشجيع الأطباء السريريين والمدراء وواضعي السياسات على جمع البيانات عن الخدمة الصحية وتحليلها بغرض تحسين جودة الخدمات المقدمة.
- التشجيع على الشفافية عندما تسوء الأوضاع الصحية عن طريق الثقافة التي تركز على اكتشاف الأسباب والعمل على تقديم المعالجات والحلول.
- الموافقة على معايير محددة وعالية لرفع جودة البيانات وقابليتها للمقارنة على المستوى العالمي.
- تضمين نظام لنتائج وخبرات المرضى بوصفه عنصراً قياسياً في تقييم جودة المرافق.



5- استحداث آليات للتمويل لدعم التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية،
من خلال:

- الحد من الاعتماد على الأموال الخاصة في التمويل، والتحول إلى أموال سابقة الدفع والتجميع؛ لتمويل غالبية الأنظمة الصحية من خلال مخططات التأمين الإلزامية، مع تقديم دعم مالي لغير القادرين على الاشتراك.
- الاستفادة الكاملة من إمكانات خطط الدفع؛ لتقديم مزايا إضافية مستدامة، مثل: تحسين برتوكولات الرعاية، وتحسين التعاون بين مقدمي الخدمات، وتحسين نظم المعلومات عن احتياجات الرعاية الصحية وعن الأنشطة والتكاليف والنتائج.
- ربط تمويل مقدمي الخدمات الصحية باحتياجات الرعاية الصحية المحلية، وتحفيز تنسيق الرعاية الصحية المقدمة للأفراد من ذوي الاحتياجات المعقدة، والاستثمار في الرعاية الأولية على النحو المناسب والكافي (منظمة الصحة العالمية؛ ومجموعة البنك الدولي، 2019: 53).

وتلخيصاً لما سبق فإن تجويد الخدمات الصحية يتطلب العمل على ثلاثة محاور هي:

- 1- **مبادئ إدارة الجودة الشاملة:** من خلال تنفيذ مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تقوم على التحسين المستمر، والتزام القيادة العليا، وإشراك العاملين في العمليات الإدارية، ونشر ثقافة الجودة، والتخطيط الاستراتيجي، وإدارة الموارد البشرية، وتأكيد الجودة، وتوفير نظم المعلومات، والمناخ التنظيمي، والتركيز على المستفيدين.
- 2- **تحسين البيئة الداخلية** للمؤسسة الصحية التي تحتوي على العديد من العاملين والأطباء والمرضى؛ بحيث يتم العمل على التخطيط وتحديد الرسالة والأهداف، والعمل على إشراك جميع العاملين في عمليات التخطيط، والحرص على نشر الثقافة التنظيمية للجودة، وتمتية قدرات الموارد البشرية ومهاراتها في الاتصال والعمل الجماعي والتدريب والحوافز، وتوفير نظام معلومات متكامل وحديث.
- 3- **دعم البيئة الخارجية:** أي دعم القيادات العليا في البلد للتوجهات الاستراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية التي يتم تقديمها للمستفيدين من المرضى والعاملين، وذلك من خلال وضع القوانين لحماية القطاع الصحي، وتوفير البنية التحتية من معدات وأجهزة مناسبة لجميع المستشفيات والمرافق الصحية، وتوفير التمويل المناسب، والدعم والإمداد الصحي، ووجود المساءلة، ووضع معايير وطنية لجودة القطاع الصحي.



الفصل الخامس

الدراسات السابقة

يتناول الفصل الحالي الدراسات السابقة التي اهتمت بدور الجودة الشاملة في تجويد وتحسين الخدمات الصحية، وهي دراسات عربية وأجنبية، وتم عرضها على محورين هما:

المحور الأول: الدراسات العربية:

1- **دراسة كواديك (2021)**: هدفت الدراسة إلى تقييم مدى فعالية إدارة الجودة الشاملة في تحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين، والتعرف على تجارب رائدة لمؤسسات صحية انتهجت مدخل إدارة الجودة الشاملة؛ لتحسين الخدمات الصحية، وقد توصلت الدراسة إلى أن إدارة الجودة الشاملة تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال إرساء محيط داخلي ينعكس إيجابياً على نفسية المرضى، وتحسين محيط عمل العاملين؛ لتحقيق مستوى عالٍ من الرضا الوظيفي، ومن ثم تحقيق رضا المستفيدين من الخدمة.

2- **دراسة جلابة؛ وسرامة (2018م)**: هدفت الدراسة إلى التعرف على كيفية تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تبني مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، وذلك من خلال التعرف على أبرز المفاهيم الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، وتحديد أهم متطلبات ومراحل تطبيقها في المستشفيات، والكشف عن أهمية تطبيقها في قطاع الخدمات الصحية، وقد خلصت الدراسة إلى أن تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية لمختلف المستفيدين من القطاع الصحي.

3- **دراسة بودية (2017)**: هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى توفر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر الموظفين، وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها:

- وجود وعي لدى أفراد عينة الدراسة نحو أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- وجود تأثير لتوفر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية.

4- **دراسة أبو بكر (2015)**: هدفت الدراسة إلى رصد كيفية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجامعة المحمدية التعليمي في مدينة مالانج



- إندونيسيا، وتحديد أسباب فشل تطبيقها في تحسين الخدمات الصحية، ووضع حلول لتطبيقها؛ لتحسين جودة الخدمات الصحية، وقد خلصت الدراسة إلى العديد من النتائج منها أن مستشفى الجامعة المحمدية يولي اهتماماً بتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وأن عملية التحسين المستمر للخدمات الصحية تتطلب إشراك الموظفين والعاملين في الخطط والأنشطة الصحية وتقديم برامج تدريبية، وتشجيعهم على تقديم اقتراحاتهم بشكل أفضل في تحسين الخدمات الصحية.

5- دراسة المالكي (2018)؛ هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى توفر متطلبات إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة في ليبيا، وقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود تطبيق فعال لإدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة في ليبيا، وعدم توفر متطلبات إدارة الجودة الشاملة بشكل يتيح تطبيقها بفاعلية. ومن أهم معوقات تطبيقها ضعف الحوافز وضعف توفر قنوات الاتصال بين الأقسام، وعدم إدراك العاملين لأهمية إدارة الجودة الشاملة، ومن أهم متطلبات تطبيق الجودة الشاملة الاهتمام برضا العميل، ودعم الإدارة العليا.

6- دراسة أوثن (2018)؛ هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، ومدى جاهزيتها لتبني مدخل إدارة الجودة الشاملة عن طريق تحليل العوامل الحرجة لنجاح تطبيقها في ظل ظروف الإصلاح للمجال الصحي، ومعرفة مدى التزام الإدارة العليا، وظروف الموارد البشرية، ونظام الاتصال والمعلومات المعتمد في مراكز الاستشفاء الجامعية. وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها أن المراكز الاستشفائية الجامعية تعاني من تدني مستوى جودة الخدمات الصحية؛ بسبب أن الإدارة لا توفر الظروف الملائمة لتقديم الخدمات الصحية، بالإضافة إلى الحاجة إلى تحديث نظام الاتصالات والمعلومات الذي أصبح غير قادر على تحقيق أهدافه المحددة.

7- دراسة مبارك (2019)؛ هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين إدارة الجودة وكل أبعاد جودة الخدمات الصحية (الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، التعاطف)، ما عدا بُعد الملموسية الذي لم يسجل أي ارتباط. إن ارتباط أبعاد الجودة بجودة الخدمة الصحية يعزز إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة



للارتقاء بنوعية الخدمات الصحية.

8- دراسة أنساعد؛ وفلاق (2013): هدفت الدراسة إلى معرفة دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى الخدمات الصحية، وذلك من خلال التعرف على مفهوم إدارة الجودة الشاملة على مستوى المستشفيات، ومفهوم جودة الخدمات الصحية وطرق قياسها، وكيفية تفعيل دور إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، وقد توصلت الدراسة إلى اقتراح تصور لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائية، تتضمن مراحل التطبيق ومتطلباتها.

9- دراسة براق؛ ومريزق (2008): هدفت الدراسة إلى التعرف على مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة وعوامل نجاحها في المؤسسات الصحية، وذلك من خلال عرض مفهوم جودة الخدمات الصحية وإدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي وأهميتها، ومراحل تطبيق إدارة الجودة في المجال الصحي وعوامل نجاحها. وقد خلصت الدراسة إلى أن أهم مراحل تطبيق الجودة في المجال الصحي تتلخص في المراحل الآتية:

- الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة.
- نشر ثقافة الجودة الشاملة.
- تكوين الهياكل التنظيمية للجودة.
- القيام بتدقيق ومراجعة داخلية.

ومن أهم النجاحات لتطبيق إدارة الجودة الشاملة تبني القيادة العليا، وتهيئة الثقافة التنظيمية وفق متطلبات الجودة، والاهتمام بأنظمة الحوافز، والعمل على استخدام أنظمة فعالة للترويج لتطبيق الجودة وللعلاقات الإنسانية والاتصالات بين الأفراد والوحدات الإدارية، وطرق الرقابة الإحصائية.

المحور الثاني: الدراسات الأجنبية:

1- دراسة Abu Daqar، 2020: هدفت الدراسة إلى التعرف على دور إدارة الجودة الشاملة في تعزيز خدمات الرعاية الصحية في فلسطين، وقد توصلت الدراسة إلى أن جميع أبعاد الجودة الشاملة ترتبط ارتباطاً إيجابياً بجودة الخدمات الصحية وتمثلت في (رضا العملاء، مشاركة الموظفين، التحسين المستمر، التزام الإدارة العليا)، وأن التحسين المستمر يمثل الركيزة الأساسية في تطبيق ونجاح إدارة الجودة الشاملة، وأن التزام الإدارة العليا وتفعيل تواصلها مع الإدارات في مختلف المستويات الإدارية وتعزيز العمل الجماعي يعد العامل الرئيس المسؤول



- عن تأثير إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمات الصحية.
- 2- **دراسة Ahmad & Mahgoub، 2020**؛ هدفت الدراسة إلى قياس أثر إدارة الجودة الشاملة على كفاءة الخدمات الصحية. وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها وجود علاقة مباشرة بين التدريب الفعال وجودة الخدمات الصحية بعد تطبيق نظام المعلومات السريرية، ووجود ارتباط إحصائي بين رضا المستخدمين واعتماد النظام وكفاءة الخدمات.
- 3- **دراسة Ernest، 2020**؛ هدفت الدراسة إلى التعرف على السمات الخاصة بتطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الكيني التي عززت مستويات الإنجاز في المستشفيات. وقد خلصت الدراسة إلى أن تلك العناصر تمثلت في: تبني ومشاركة الإدارة العليا في عمليات تطبيق إدارة الجودة، تدريب الموظفين، الثقافة التنظيمية لإدارة الجودة، توفير قنوات اتصال بين جميع المستويات الإدارية.
- 4- **دراسة Adeoti، 2011**؛ هدفت الدراسة إلى التعرف على عوامل نجاح إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، وتوصلت إلى أن أهم العوامل والمحددات اللازمة لنجاح تطبيق الجودة الشاملة في المستشفيات تتركز بدرجة كبيرة في العوامل الاقتصادية وتوفير التمويل المناسب ونظم المعلومات والتكنولوجيا، وإشراك الموظفين، ومن ثم عوامل المرافق الصحية التنظيمية والبيئية.

التعليق على الدراسات السابقة:

يتفق البحث الحالي مع الدراسات السابقة في كيفية تحسين جودة الخدمات الصحية في ضوء إدارة الجودة الشاملة كونها توجهاً إدارياً أثبت نجاحه في القطاع الصحي، ومن تلك الدراسات دراسة (كواديك، 2021)، ودراسة (Ahmed & Mahgoub, 2017: 33)، ودراسة (أبو بكر، 2015)، ودراسة (جلابة؛ وسرارة، 2018).

واستفاد البحث الحالي من الدراسات السابقة من خلال إثراء الإطار النظري، والتعرف على أهم المتطلبات والمبادئ اللازمة لتحسين الخدمات الصحية في ضوء مدخل إدارة الجودة الشاملة، وأهم مراحل تطبيقها لتحسين جودة الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي. ومن تلك الدراسات: دراسة (جلابة؛ وسرارة، 2018)، ودراسة (أوشن، 2018)، ودراسة (أنساعد؛ وفلاق، 2013)، ودراسة (Abu Daqar, 2020)، ودراسة (Ernest, 2020).



أما ما يتميز به البحث الحالي عن الدراسات السابقة فهو مكان البحث الذي هدف إلى تحسين الخدمات الصحية في اليمن في ضوء مدخل الجودة، فيما كانت مواطن الدراسات مختلفة، فدراسة (Abu Daqar, 2020) في فلسطين، ودراسة (أنساعد؛ وفلاق، 2013) في الجزائر، ودراسة (أبو بكر، 2015) في إندونيسيا، ودراسة (جلابة؛ وسرارمة، 2018) في الجزائر.



الفصل السادس

التصور المقترح

يقوم الفصل الحالي على ثلاثة محاور رئيسة هي: منهج البحث، نتائج البحث ومناقشتها، التصور المقترح، وذلك كما يلي:

أولاً: منهج البحث:

اعتمد البحث الحالي على المنهج الوصفي الذي «يُعد محاولة للوصول إلى المعرفة الدقيقة والتفصيلية لعناصر المشكلة؛ للوصول إلى فهم أفضل وأدق لوضع السياسات والإجراءات المستقبلية الخاصة بها»، كما أنه يساعد في إعطاء معلومات واقعية تساعد في وصف الظاهرة موضوع الدراسة (المحمودي، 2019: 46 - 48)، حيث اعتمدت الباحثة على العديد من الدراسات، والمؤشرات للخدمات الصحية في اليمن، وإدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي.

ثانياً: نتائج البحث ومناقشتها:

- تدني مستوى الخدمات الصحية في اليمن ناتج عن صعوبات إدارية ومالية ومادية واجتماعية وتكنولوجية.
- الخدمات الصحية هي الأساس الناتج عن الإدارة الصحية التي تهتم بتوفير مناخ صحي مناسب ومتكامل الأركان مادياً وبشرياً؛ لرفع نسب الأصحاء في المجتمع، وخفض معدلات المرضى.
- إدارة الجودة الشاملة فلسفة إدارية متعددة الأطراف الداخلية والخارجية، تتركز فيها كل الجهود على رفع مستوى رضا المستفيدين من الخدمة الإنتاجية، ورفع مستوى الرضا يتطلب تسخير جميع الموارد البشرية والمادية؛ لتحسين مستوى الأداء وتقديم خدمات ذات الجودة عالية.
- إدارة الجودة الشاملة مدخل إداري يهتم بتحسين نوعية الخدمات الصحية من خلال اهتمامها المستمر بجميع المدخلات البشرية والمادية اللازمة للعمليات التنفيذية التي يتم تقديمها إلى المستفيدين (المرضى) بدرجة عالية من الجودة؛ ومن ثم فإن دور إدارة الجودة ينعكس على مستوى رضا العاملين داخل



المؤسسة الصحية، ورضا المستفيدين نظراً لجودة الخدمات الصحية التي تلبى احتياجاتهم وتُرضي رغباتهم.

- تتطلب عملية تحسين الخدمات الصحية العمل على:

1- تحقيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة القائمة على: التحسين المستمر، الالتزام بالقيادة العليا، إشراك العاملين في العمليات الإدارية، نشر ثقافة الجودة، التخطيط الاستراتيجي، إدارة الموارد البشرية، توكيد الجودة، نظم المعلومات، المناخ التنظيمي، التركيز على المستفيدين، وهذا ما توصلت إليه العديد من الدراسات، كدراسة (بودية، 2017) ودراسة (جلابة؛ وسرارمة، 2018) ودراسة (أبو بكر، 2015) ودراسة (Abu Daqar, 2020) اللاتي أكدن على أهمية مبادئ الجودة الشاملة في تحسين وتطوير الخدمات الصحية ورفع مستوى رضا العملاء، وهذا ما يحتاجه واقع الخدمة الصحية في اليمن.

2- تحسين البيئة الداخلية والعمل بروح الفريق الواحد لبناء الخطط الاستراتيجية (الرؤية والرسالة والأهداف) وإعلانها للجميع، والحرص على نشر الثقافة التنظيمية للجودة، وتنمية قدرات الموارد البشرية ومهاراتها في الاتصال والعمل الجماعي، والتدريب والحوافز، وتوفير نظم معلومات متكاملة وحديثة.

3- دعم البيئة الخارجية المتمثلة في دعم القيادات العليا وتوجهاتها الاستراتيجية لرفع مستوى جودة الخدمات الصحية التي يتم توفيرها للمستفيدين من المرضى والعاملين، وذلك من خلال وضع القوانين لحماية القطاع الصحي، وتوفير البنية التحتية من معدات وأجهزة مناسبة لجميع المستشفيات والمرافق الصحية، وتوفير التمويل المناسب، والدعم والإمداد الصحيين، والمساءلة، ووضع معايير وطنية لجودة القطاع الصحي. وتتفق تلك النتائج مع دراسة (Ahmed & Mahgoub, 2017) ودراسة (المالكي، 2018) اللتين أشارتا إلى دور البيئة الخارجية بما يتضمن اهتمام القيادات العليا ودورها في نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة.



ثالثاً: التصور المقترح:

تم تناول التصور المقترح من خلال عرض أهدافه، ومكوناته، ومتطلباته، ومرتكزات نجاحه، وأهم معوقات تطبيقه، وذلك على النحو الآتي:

1- أهداف التصور:

- تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات والمرافق الصحية في الجمهورية اليمنية.
- الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة؛ لتلبية الحد الأدنى من احتياجات المرضى اليمنيين.
- مواكبة القطاع الصحي في اليمن للتوجهات الإدارية الحديثة.
- تنمية الأساليب الإدارية على أسس إدارية حديثة؛ للنهوض بالخدمات الصحية لمواجهة الظروف الطارئة التي تواجه اليمن.

2- مرتكزات نجاح التصور المقترح:

- العمل على إيجاد حل سياسي لوقف الصراع في اليمن؛ لأنَّ تنمية البلاد لن تكون إلا بالاستقرار السياسي.
- دعم القيادات العليا للتوجه الإداري القائم على تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- التنسيق مع المنظمات العالمية الصحية لدعم القطاع الصحي بالتجهيزات والمعدات الصحية، والأدوية المجانية واللازمة للرعاية الصحية الأولية وما يخص الأمراض المعدية، والأوبئة، والأمومة والطفولة.
- رفع الميزانية المالية لقطاع الصحة، مع تطبيق أنظمة الحوكمة في جميع المستويات الإدارية دون استثناء.

3 - مكونات التصور المقترح:

- أ- التزام القيادة العليا: وتتمثل في تعزيز ثقافة الجودة بين جميع العاملين، وانتهاج التخطيط الاستراتيجي ليكون نهجاً عملياً واضحاً لجميع العاملين، وتطوير الموارد البشرية بما يتناسب مع متطلبات تطبيق مدخل إدارة الجودة، ودعم أوجه الشراكة المحلية للشركات الصحية عن طريق تشجيعهم على المشاركة الفعلية في عملية التخطيط، والقيام بدورات تثقيفية عن الوضع الصحي وتوضيح أهمية تحسينه، ودورهم في ذلك.



- ب- التخطيط الاستراتيجي، ومن آلياته:
- بناء خطط استراتيجية واضحة الرؤية والرسالة والأهداف، وتركز على إرضاء المستفيدين (المرضى)، وتغطي احتياجات السكان بحسب نتائج الدراسات العلمية.
 - بناء خطط تنفيذية متكاملة الأنشطة والميزانيات المالية اللازمة لعمليات التطبيق.
- ج- تنمية الموارد البشرية، ومن آلياتها:
- تمكين العاملين وتنمية قدراتهم الطبية بصورة مستمرة لمواكبة التجديدات الحديثة في المجال الطبي.
 - عقد العديد من الدورات والمؤتمرات الطبية بغرض نشر ثقافة الجودة بين جميع منتسبي القطاع الصحي.
 - تبني فرق العمل القائمة على العمل الجماعي والتعاون.
 - تبني سياسيات للقياس وتقييم الأداء للعاملين من أطباء وممرضين ومساعدى أطباء وغيرهم من العاملين في القطاع الصحي.
 - تغطية العجز من التخصصات الطبية التي يحتاجها السكان.
- د- أنظمة المعلومات ومن آلياتها:
- توفير قاعدة معلومات يتم من خلالها تحديث بيانات المرضى ونوعية الأمراض وأماكن انتشارها وغيرها من البيانات التي يتم بموجبها تحديد الاحتياج، والعمل على تغطيته بالإمكانيات الطبية والبشرية المتاحة.
 - توفير أنظمة للمعلومات عن طريق تجهيز شبكات داخلية للمعلومات وربطها بالمستوى المركزي وتغذيتها بصورة مستمرة.
 - تحليل المعلومات بصورة مستمرة في عملية اتخاذ القرارات.
 - تبني نظام لقياس الأداء والرقابة الداخلية.
- هـ- العمليات الإدارية، ومن آلياتها:
- التنسيق بين جميع الأقسام على مستوى المستشفى الواحد؛ لتحقيق الجودة الإدارية في عملية تحقيق المهام.
 - تبسيط الإجراءات الإدارية للمستفيدين، والقيام بالإشراف والمتابعة المستمرة، وتقييم كل العمليات وبمشاركة جميع العاملين.
- و- التركيز على العملاء، ومن آلياته:
- تقديم خدمات صحية عالية الجودة، والتخطيط وفق احتياجات المستفيدين، واعتماد نظام لاستقبال الشكاوى والتعامل معها، وقياس مستوى رضاهم عن



الخدمات التي يتم تقديمها.

4- متطلبات التصور المقترح:

تتضمن متطلبات تحسين جودة الخدمات الصحية في اليمن محورين أساسيين هما:

المحور الأول: تحسين البيئة الداخلية للمؤسسات الصحية عن طريق:

- 1- توفير المتطلبات الإدارية والقيادية، ومن آلياتها:
 - اختيار القيادات الإدارية المؤهلة للإعداد، والتطبيق، والمتابعة لمراحل تطبيق الجودة في المؤسسات الصحية المختلفة.
 - تشجيع الدراسات والبحوث العلمية؛ لتحديد أولويات الخدمات الصحية التي ينبغي الاهتمام بها، مع تحديد نقاط القوة والضعف في الخدمات الصحية المتاحة.
 - إشراك العاملين وإدراجهم ضمن عمليات التخطيط بصورة مستمرة.
 - تفعيل أنظمة الرقابة والمتابعة المستمرة لوظائف تلك المؤسسات الصحية.

2- توفير المتطلبات التنظيمية، ومن آلياتها:

- التوصيف الواضح والدقيق للمهام والأدوار لجميع العاملين.
- التدريب المستمر لجميع الكوادر الطبية.
- رفع رواتب العاملين، وتفعيل أنظمة الحوافز المادية والمعنوية لجميع العاملين.
- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.

المحور الثاني: دعم البيئة الخارجية، وتتمثل آلياته في:

- تنسيق القيادات العليا بشكل مكثف مع الجهات الخارجية كاليونيسف والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة أطباء بلا حدود وغيرها من الجهات المختصة؛ لدعم الجانب الخدمي في المستشفيات والمرافق الصحية، وتوفير الإمدادات الصحية المجانية للمرضى في بعض المجالات الصحية، وتقديم الدعم اللوجستي التي قد تحتاجه المؤسسات الصحية من ناحية الأجهزة والمعدات الطبية، أو الأطباء.
- إصدار القوانين الداعمة للقطاع الصحي، وقوانين للحد من الاستيراد العشوائي للأدوية ذات الجودة المتدنية.
- التخطيط الاستراتيجي المركز على مستوى خطة التنمية للبلاد، بحيث



- تتضمن تحسين مستوى خدمات القطاع الصحي.
- تشجيع شركاء التنمية داخل البلد للمشاركة الفعلية في تحسين الخدمات الصحية، وإتاحة المجال لهم في المشاركة في عمليات التخطيط، واستكمال تغطية المستشفيات بالمعدات الصحية اللازمة والضرورية.
- الاهتمام بالصيانة الدورية للمعدات والتجهيزات الطبية.
- تغطية العجز من الأطباء والاختصاصيين بحسب احتياج المناطق.
- تقديم الدعم والإمداد الصحيين وتزويد مراكز الأمومة والطفولة ببعض الأدوية المجانية.
- حشد الموارد المالية المتنوعة بغرض تحسين الخدمات الصحية عن طريق:
 - أ. رفع الميزانيات الحكومية، ومتابعة الحصول على المساعدات الإنمائية من أجل الصحة من مختلف المنظمات والجهات المهتمة بالصحة.
 - ب. بناء معايير وطنية لجودة الخدمات الصحية، ونوعية الأدوية التي يتم استيرادها أو توفيرها للمستهلكين.

معوقات تطبيق التصور المقترح:

- استمرار الصراع في اليمن.
- عدم القدرة على توفير التمويل المناسب لتطبيق إدارة الجودة، وضعف توفير الرواتب والحوافز للعاملين في المجال الصحي.

التوصيات:

- تقترح الباحثة القيام بالدراسات الآتية:
 - أثر الصراع على الوضع الصحي في اليمن.
 - معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي.
 - دور الالتزام بالإدارة العليا في تحسين الخدمة الصحية في ضوء الجودة الشاملة.



الخاتمة:

يمثل مستوى جودة الخدمات الصحية مؤشراً عالياً لمدى الاهتمام الذي توليه الدول بهدف تقديم الخدمات الصحية بمستوى عالٍ؛ لذا أصبحت عملية تحسين جودة الخدمات الصحية أحد التحديات التي تواجه الكثير من الدول التي تحرص على عمليات البناء والتنمية والتطوير من خلال مواردها البشرية، ومن هنا عمدت الدول إلى تطوير أساليبها الإدارية لرفع مستوى جودة خدماتها الصحية؛ بالعمل على توفير مبادئ ومتطلبات إدارة الجودة الشاملة التي أصبحت أحد أهم المداخل الإدارية في عالم الإدارة الحديثة التي أثبتت نجاحها وفعاليتها. وفي اليمن، البلد المصنف عالمياً بأنه الأكثر هشاشاً وضعفاً حتى من قبل حدوث الصراع، نجد أن مستوى الخدمات الصحية متدنية؛ فهناك ارتفاع في معدل الوفيات من الأطفال والوفيات النفاسية، يقابله انخفاض مستوى الوعي الصحي وانتشار بعض الأمراض، وغيرها من المؤشرات الصحية ذات الطابع السلبي التي تفرض حتمية تحسين الخدمات الصحية؛ لذا يجب القيام بخطوات جديدة لتطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة لتحسين جودة الخدمات الصحية بوصفها محاولة للتخفيف عن المرضى في حدود ما يتم توفيره من موارد مادية ومالية وبشرية، وعلى أساس أن الصحة هي مطلب الجميع؛ فجودة الخدمات الصحية تمثل خطوات علمية تبدأ منذ المراحل الأولى للتخطيط وتنتهي بالتقييم، ونجاح تطبيقها مسؤولية مشتركة بين القيادات العليا والعاملين وأفراد المجتمع.



المراجع:

أولاً : المراجع العربية:

- 1 - كواديك، حمزة (2021): مدى فعالية إدارة الجودة الشاملة في تحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين (عرض تجارب دولية لمؤسسات صحية رائدة)، مجلة شعاع للدراسات الاقتصادية، المجلد 05، العدد 02، ص: 267 - 284.
- 2 - المحمودي، محمد سرحان (2019): مناهج البحث العلمي، ط 3، دار الكتب، صنعاء، اليمن.
- 3 - بورنان، حياة (2018): الصحة وتقديم الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل، بحث مقدم للملتقى الوطني الأول حول: التسيير الصحي، ص: 2 - 19.
- 4 - جلابة، علي؛ وسرارمة، مريم (2018): إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 8 ماي، الجزائر.
- 5 - مبارك، صالح (2018): دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمات الصحية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير، جامعة محمد خضير- بسكرة، الجزائر.
- 6 - المالك، أحمد محمد (2018): متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة، مجلة التنمية البشرية والتعليم للأبحاث التخصصية، العدد 4، المجلد 1، ص: 209 - 234.
- 7 - الأشهب، سفيان محمد (2017): مدى توفر الإمكانيات لتطبيق معايير الجودة ودورها في تحسين الخدمات الصحية من وجهة نظر القيادات، رسالة ماجستير، الأكاديمية الليبية، ليبيا.
- 8 - أوشن، ريمة (2017): إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 1، الجزائر.
- 9 - بودية، بشير (2017): أثر تبني وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد 3، العدد 2، ص: 165 - 180.
- 10- هوارى، العابد (2015): إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين أداء الموارد البشرية في الإدارة المحلية، رسالة ماجستير منشورة، جامعة محمد خضير-بسكرة، الجزائر.
- 11- أمحمدي، عائشة (2015): دور وأهمية إدارة الجودة الشاملة في بناء استراتيجية المؤسسة، رسالة ماجستير منشورة، جامعة أدرار، الجزائر.
- 12- أبو النصر، مدحت محمد (2015): إدارة الجودة الشاملة، المجموعة العربية للتدريب والنشر، الطبعة 1، القاهرة، مصر.



- 13- أبو بكر، عادل محمد (2015): تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمات الصحية في المستشفيات التعليمية، رسالة ماجستير، قسم الإدارة الإسلامية، جامعة مولانا مالك إبراهيم الإسلامية الحكومية، إندونيسيا.
- 14- القطني، إسماعيل (2015): تقييم كفاءة أداء الخدمة الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة، رسالة ماجستير، الأكاديمية الليبية، ليبيا.
- 15- التيمي، وفاء صبحي؛ وعيسى، سيد أحمد (2014): تطبيق إدارة الجودة الشاملة لتحسين أداء العاملين، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 11، العدد 1، ص: 31- 70.
- 16- أنساعد، رضوان؛ وفلاق، محمد (2013): دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة؛ مستشفى الجامعة الأردنية أنموذجاً، مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، العدد 4، ص: 61- 82.
- 17- وزارة الصحة العامة والسكان؛ والجهاز المركزي للإحصاء (2013): المسح الوطني الصحي الديموغرافي للعام 2013.
- 18- وزارة الصحة العامة والسكان؛ الجهاز المركزي للإحصاء(2013): المسح الوطني الصحي الديموغرافي للعام 2013.
- 19- عتيق، عائشة (2012): جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.
- 20- حاروش، نور الدين (2012): الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 21- مزريق، عاشورا (2010): إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسات، الملتقى الوطني الأول المنعقد في كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة د. الطاهر مولاي سعيدة، الجزائر.
- 22- براق، محمد؛ ومريزق، محمد(2008): إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية مراحل التطبيق وعوامل النجاح، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 14، جامعة محمد خضير بسكرة، الجزائر، ص: 11- 26.
- 23- حمود، خضير كاظم (2000): إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة، الأردن.



ثانياً: المراجع الأجنبية:

1. Jones, Bryan, and Kwong, Esther, and Warburton, Will (2021): Quality improvement made simple What everyone should know about health care qualityimprovement, is published by the Health Foundation, London.
2. Jose C. Flores-Molina (2011): A total quality management methodology for universities, A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in industrial and systems engineering, Florida International University, Florida
3. Abu Daqar, Mohannad (2020): The role of total quality management in enhancing the quality of private healthcare services, Problems and Perspectives in Management, Volume 18, Issue 2, 2020, P 64-78.
4. Ernest, Fiakpa Afene (2020): Measuring Employee Satisfaction using Total Quality Management Practices: An Empirical Study of Nigerian General Hospitals, Published PhD thesis, Victoria University Business School, Victoria University Melbourne, Australia
5. Adeoti, Johnson (2011): Total Quality Management (TQM) Factors: An Empirical Study of Kwara State Government Hospitals. Studies on Ethno-Medicine 5 (1): P 17-23.
6. Faloudah .A, Qasim .S, Bahumayd .M(2015): Total Quality Management in Healthcare, International Journal of Computer Applications (0975 – 8887) Volume 120 – No.12, P 22- 24.
7. Ahmed, N & Mahgoub, W (2020): The impact of Total Quality Management (TQM) on Efficiency of Health Services in Hamad Medical Corporation – Qatar, Canadian Journal of Nursing Informatics, 15. (3) <https://cjni.net/journal/?p=8109>.

ثالثاً: المواقع الإلكترونية:

- قانون الصحة العامة (2022): متاح على الموقع: https://covidlawlab.org/wp-content/uploads/loads/2020/07/Yemen_Public-Health.
- المركز الوطني للمعلومات (2022): لمحة تعريفية، متاح على الموقع: <https://yemen-nic.info/sectors/health>.
- وزارة الصحة العامة والسكان (2022): أهم المؤشرات الصحية للأعوام 2008-2012، متاح على الموقع: <https://yemen-nic.info/sectors/health/indicators>.
- منظمة الصحة العالمية (2022): للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الدورة الثانية والعشرون (2000)، متاح على الرابط: <http://hrlibrary.umn.edu/arabic/cescr-gc14.html>.
- وزارة الصحة العامة والسكان (2022): أهم المؤشرات الصحية للأعوام 2008-2012، متاح على الموقع: <https://yemen-nic.info/upload/iblock/1902cea19acfabf128092c34f4f5607d.pdf>.
- المركز الوطني للمعلومات (2022): لمحة تعريفية، متاح على الموقع: <https://yemen-nic.info/sectors/health>.
- البنك الدولي (2021): قطاع الصحة في اليمن- مذكرة السياسات، متاح على الموقع: <https://the-docs.worldbank.org/en/doc/24c916282e1d9826812a4f6bbbed06464-0280012021/>



- (. original/ARA-Yemen-Health-Policy-Note-Sep2021.pdf
السكان والوضع الصحي في الجمهورية اليمنية (دون تاريخ): متاح على الموقع: (<https://yemen-nic.info/upload/iblock/1902cea19acfabf128092c34f4f5607d.pdf>).
- منظمة الصحة العالمية؛ ومجموعة البنك الدولي (2019): تقديم خدمات صحية عالية الجودة؛ ضرورة عالية للتغطية الصحية الشاملة، متاح على: (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/1.0665/272465/9789246513901-ara.pdf>).
- منظمة الصحة العالمية (2019): الرعاية الصحية الأولية، مسودة الإطار التشغيلي للرعاية الصحية الأولية، متاح على الموقع: (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_5-ar.pdf).
- المجلس الوطني للسكان (2013): في اليوم العالمي لمحو الأمية، متاح على الموقع (npc-ts.org/arti-cle578.html).
- اليونسيف (2009): اليمن: ما الذي يمنع التقدم في خفض معدل الوفيات النفاسية؟، متاح على الموقع: (<https://www.thenewhumanitarian.org/ar/report/1137/%D8%A7%D9%84%D9%8A>).
- السكان والوضع الصحي في الجمهورية اليمنية، متاح على الموقع: (<https://yemen-nic.info/con-tents/popul/social/popul/studies/healths.pdf>)
قانون الصحة العامة (2022): متاح على الموقع:
- (https://covidlawlab.org/wp-content/uploads/2020/07/Yemen_Public-Health-Law.pdf).
- المجلس الوطني للسكان (2013): في اليوم العالمي لمحو الأمية، متاح على الموقع: (npc-ts.org/arti-cle578.html).
- منظمة الإنسانية الجديدة (2009): اليمن: ماذا الذي يمنع التقدم في خفض معدل الوفيات النفاسية؟، متاح على الموقع: (<https://www.thenewhumanitarian.org/ar/report/1137/>).



المراة في الإعلام اليمني والتحديات المواجهة لها

(دراسة وصفية تطبيقية)

د. محمد هادي محمد الأخرش

2022



فهرس الموضوعات

الصفحة	الموضوعات
62	المخلص
63	الفصل الأول: المقدمة
63	مشكلة الدراسة
64	فرضيات الدراسة
64	أهمية الدراسة
65	أهداف الدراسة
65	حدود الدراسة
66	الفصل الثاني: المرأة في وسائل الإعلام الحديثة
71	الفصل الثالث: المرأة في الإعلام اليمني
71	المحور الأول: المرأة والإعلام اليمني
73	المحور الثاني: تحديات المرأة في مجال الإعلام
78	المحور الثالث: الإعلام الفضائي العربي والمرأة
81	المحور الرابع: تفعيل دور المرأة في الإعلام
83	الفصل الرابع: اختبار فرضيات الدراسة ونتائجها
83	منهجية الدراسة
83	مجتمع الدراسة وعينتها
83	اختبار الفرضيات
90	النتائج العامة للدراسة
92	المراجع



فهرس الأشكال

الصفحة	الأشكال
67	الشكل (1): عناصر دعم المراة في الإعلام
68	الشكل (2): موقع المراة في المجال الإعلامي
69	الشكل (3): نشاط المراة الإعلامي عبر وسائل التواصل الاجتماعي
70	الشكل (4): حضور المراة في المواد الإعلامية الجادة
72	الشكل (5): العلاقة المتنامية للمراة بالإعلام اليمني
73	الشكل (6): التحديات التي تواجه المراة اليمنية في مجال الإعلام
74	الشكل (7): حضور المراة بوصفها مقدمة برامج وأخبار مقارنة بالرجل
75	الشكل (8): المراة بوصفها مراسلة إعلامية مقارنة بالرجل
76	الشكل (9): نسبة حضور المراة في الجوانب الإنتاجية والفنية
76	الشكل (10): حضور المراة ومشاركتها في التلفزيون والجوانب الأنتاجية
78	الشكل (11): مكانة المراة ومشكلاتها في الفضائيات العربية
79	الشكل (12): الموضوعات التي برزت من خلالها المراة الصحفية
84	الشكل (13): أبرز المجالات الإعلامية التي تناولها للدراسة
85	الشكل (14): مدى حضور المراة اليمنية بوصفها مراسلة إعلامية
86	الشكل (15): مدى الموافقة على عمل المراة بوصفها مراسلة إعلامية
87	الشكل (16): مدى حضور المراة بوصفها مذيعة مقارنة بالرجل
87	الشكل (17): مقارنة وجود المراة مع الرجل في إعداد البرامج وإنتاجها وتصويرها
88	الشكل (18): مدى حضور المراة في برامج المراة والطفل
89	الشكل (19): مدى حضور المراة اليمنية في الجوانب الفنية للقنوات التلفزيونية
90	الشكل (20): التوازن القائم بين علاقة المراة بالإعلام اليمني مقارنة بالرجل



الملخص:

المرأة نصف المجتمع والركن الأساسي في عمليات البناء والتقدم في جميع مجالات الحياة، وهي العنصر الأكثر فاعلية في التنمية المستدامة. وقد حازت المرأة على اهتمام الكثير من وسائل الإعلام المتنوعة التي أوضحت بصورة مباشرة وغير مباشرة أدوارها الناجحة في بناء الشعوب وتميبتها؛ لذا هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على المستوى الذي تحتله المرأة اليمنية في مجال الإعلام. واعتمد الباحث في دراسته على المنهج الوصفي؛ لتحديد مستوى حضور المرأة اليمنية في وسائل الإعلام.

وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج، أهمها: أن نسبة حضور المرأة في القنوات التلفزيونية اليمنية الخاصة بوصفها مراسلة إعلامية محدود جداً في هذه المهنة، إذ لم يتجاوز 3% فقط مقارنة بزميلها الرجل الذي حقق نسبة بلغت 97%، وهي نسبة عالية في مجال مهنة المراسل الإعلامي. فيما أشارت النتائج إلى ضعف مستوى حضور المرأة بوصفها مذيعاً إعلامية مقارنة بزميلها الرجل، حيث حققت نسبة 12% مقارنة بزميلها الرجل الذي حقق 88% من إجمالي العينة، وقد يرجع هذا التدني في نسبة حضور المرأة اليمنية المذيعة إلى عادات المجتمع اليمني وتقاليده التي لا تشجع ظهور المرأة إعلامياً، ومحدودية حضور المرأة وتدنيه مقارنة بالرجل في ثلاث مهن إعلامية مهمة، تتمحور في تصوير البرامج التلفزيونية وإعدادها وإنتاجها.

الكلمات المفتاحية: الإعلام، المرأة اليمنية.



الفصل الأول

مقدمة:

توافقت العديد من التقارير المتخصصة في المجال الإعلامي على الصورة السلبية التي يعرضها الإعلام عن المرأة؛ ففي الدراسة التي أنجزها مركز الكوثر في موضوع المرأة العربية والإعلام في العام 2008، والدراسة التي أنجزتها وزارة الاتصال عام 2010 تم التأكيد مرة أخرى على الصورة السلبية التي يقدمها الإعلام عن المرأة. ويساهم في وجود هذه الصورة السلبية عدة عوامل، منها ضعف التشريع في المجال السمعي البصري في البلاد، والفوضى التي يعرفها قطاع الإشهار. ورغم وجود ميثاق وطني لتحسين صورة المرأة في الإعلام، الذي يتضمن فقرات وبنود مهمة في الدعوة إلى تحسين صورة المرأة في الإعلام، فإن الميثاق لم يحظ بالتطبيق والاهتمام العمليين من قبل الفاعلين.

أما على المستوى القانوني، فهناك فراغ تشريعي في حماية حقوق المرأة؛ ففي قانون الاتصال السمعي البصري وردت إشارة في المادة الثانية منه إلى احترام كرامة الإنسان، وهي إشارة محدودة ليست كافية في توفير الحماية القانونية اللازمة للمرأة في الإعلام. ومن المعلوم أن لهذا الحضور السلبي آثاراً سلبية، نفسية واجتماعية، لدى الناشئة والمتلقي والمرأة نفسها، فما يتضمنه المشهد السمعي البصري من مظاهر الاستغلال، بالتركيز على صورة المرأة كونها جسداً يغري، يُلغي كل أوجه الأنشطة الأخرى التي تشارك بها في تنمية المجتمع، مع تغييب النماذج النسائية التي تعمل بجد من أجل العيش الكريم، وتشارك بفعالية في تنمية الوطن بمختلف المجالات.

مشكلة الدراسة:

تعد المرأة عنصراً فاعلاً في مجال التنمية المستدامة، وذات مكانة خاصة في حياة الأمم والشعوب، وذلك لدورها الحيوي الذي يمكن أن تؤديه بجدارة في كل المجالات الحياتية، وباعتبار قدراتها التي أثبتتها الواقع المعاصر في العديد من شؤون الحياة العصرية الحديثة مع شريكها الرجل، إلا أنها تواجه العديد من العوائق والعقبات التي تصدها عن أداء أدوارها المهمة في واقع المجتمع، وخاصة تلك التي تشارك فيها الرجل على المستوى الإعلامي والثقافي. ومن هنا فإن مشكلة الدراسة تتمحور في السؤال الآتي:

ما المستوى الذي تحتله المرأة اليمنية في مجال الإعلام؟



فرضيات الدراسة:

تطلق هذه الدراسة من العديد من الفرضيات العلمية، التي يسعى من خلالها إلى اختبار مدى صحتها، والوصول إلى نتائج علمية تثبت تأكيدها أو نفيها، وتتمحور فيما يلي:

- الفرضية الأولى: يقل حضور المرأة بشكل لافت في القنوات التلفزيونية اليمنية بوصفها مراسلة إعلامية مقارنة بالرجل.
- الفرضية الثانية: يزداد حضور المرأة بوصفها مذيعاً أو مقدمة برامج في القنوات اليمنية الخاصة أكثر من الرجل.
- الفرضية الثالثة: تحضر المرأة في البرامج ذات الصلة بالمرأة والطفل أكثر من الرجل.
- الفرضية الرابعة: يتدنّى حضور المرأة بشكل كبير في الجوانب التقنية للبرامج التلفزيونية مقارنة بزميلها الرجل.

أهمية الدراسة:

تأتي أهمية هذه الدراسة من خلال الأهمية الكبيرة لدور المرأة في حياة المجتمعات، وباعتبارها أهم ركائز المجتمع التي يمكن أن تعطي وتفيد في مجالات الحياة المختلفة، ولما يمكن أن تلعبه من دور حيوي وفاعل في الجانب التنموي وترسيخ السلم الاجتماعي.



أهداف الدراسة:

- هدفت هذه الدراسة إلى تحقيق عدد من الأمور ذات الصلة بالعلاقة بين المرأة والإعلام اليمني على النحو الآتي:
- 1- التعرف على مستوى حضور المرأة في مجال الإعلام، ومستوى مساهمتها في محور الإعلام المحلي.
 - 2- الاطلاع على الواقع العملي الذي تعيشه المرأة في مجال الإعلام التلفزيوني على جميع المسارات الإنتاجية والتقنية والإذاعية.
 - 3- الوقوف على نسبة حضور المرأة اليمنية في مجالات الإعداد والإنتاج والجانب الفني مقارنة بزميلها الرجل.
 - 4- التعرف على أكثر المهن الإعلامية حضوراً للمرأة مقارنة بالرجل.
 - 5- تحديد الأساليب الممكنة في تفعيل دور المرأة اليمنية في مجال الإعلام.

حدود الدراسة:

- حدود موضوعية: الإعلام اليمني، المرأة اليمنية.
- حدود مكانية: الجمهورية اليمنية
- حدود زمانية: 2022.



الفصل الثاني المرأة في وسائل الإعلام الحديثة

يعرض الفصل الحالي صورة المرأة في وسائل الإعلام الحديثة، متناولاً مكانة المرأة في التشريعات السمعية والبصرية، ودورها في وسائل التواصل الاجتماعي، وحضورها في وسائل الإعلام المختلفة، وتم عرض ذلك كما يلي:

صورة المرأة في وسائل الإعلام الحديثة:

من الصعب إنكار دور الإعلام الفعال في الحياة العصرية، ولبيان ذلك عمد صالون فيلادلفيا الإبداعي عبر حلقة نقاشية تم عقدها عن المرأة والإعلام إلى استضافة تجارب ونماذج حية لإعلاميات أردنيات ونساء قياديات في مجالهن، استطعن بالفعل أن يتركن بصمة منيرة في مجال أعمالهن بهدف إيصال رسالتهن المهنية الراقية كي تعمم بما يتناسب مع بيئة وطموحات المرأة الأردنية.

لكن من الملاحظ مؤخراً أن أغلب ما يقدم عن المرأة من خلال وسائل الاتصال والإعلام المختلفة، إضافة إلى ما تتضمنه الأعمال الفنية والدرامية الحديثة، قد غلب عليه توجهات خاصة تتسم بالتركيز على صورة المرأة التي قد لا تتوافق مع الواقع؛ حيث تركز معظم الأعمال الدرامية على القضايا الهامشية للمرأة دون الالتفات إلى قضاياها المحورية الأساسية، مع وجود تهميش وحجب لأدوارها الحياتية العصرية التي تظهر كفاءتها الحقيقية وقدرتها الفعلية على الجمع بين أدوارها المتعددة في الحياة (النمري، 2010).

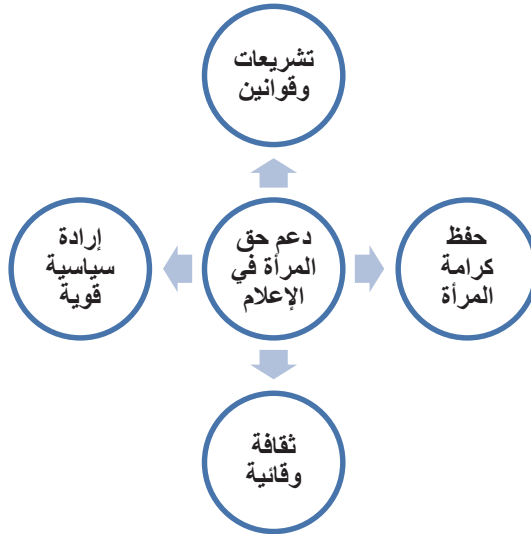
ولا شك أن لهذه الممارسات تأثيرات سلبية مباشرة تتجاوز المحيط لتنعكس على المرأة نفسها، بحيث يتكون لديها شعور بالنقص، واعتقاد أن وظيفتها لا ينبغي أن تتجاوز حدود جغرافية الجسد؛ إذ تؤكد -في هذا السياق- العديد من الدراسات النفسية المتخصصة العلاقة المباشرة بين تنامي الاستغلال الجنسي للنساء وصناعة الصورة المتمحورة حول الجسد من أفلام سينمائية وإعلانات إخبارية وإنترنت وفيديو كليب ومسلسلات...، وهذه الصورة السلبية التي يقدمها الإعلام عن المرأة -لا سيما بعض الفضائيات- توقع المتلقي في التناقض بين خطاب يدعو إلى مشاركة المرأة في النهوض بالمجتمع والوصول إلى مراكز القرار وبين صور إعلانية نمطية تكرس المصلحة والدونية؛ من أجل ذلك، لا بد من تصحيح صورة المرأة في الإعلام، انطلاقاً مما يلي:



- 1- توفير إرادة سياسية قوية للتغيير تترجم في مقتضيات قانونية ووقائية تمنع الفوضى التي يعرفها قطاع الإشهار والإعلانات.
- 2- تطوير التشريعات والقوانين في اتجاه ضمان حماية كرامة المراة في الإعلام.

■ قوانين المجال السمعي البصري:

تعاني القوانين المحددة للمجال السمعي البصري قصوراً كبيراً في توفير الحماية القانونية لصورة المراة في الإعلام وكرامتها، مما يقتضي تعديل قانون الاتصال السمعي البصري، وأن تتضمن المادة 2 والمادة 67 منه نصوصاً واضحة ودقيقة في وجوب حفظ حق المراة في الإعلام، وترتيب عقوبات جزائية على المخالفين. كما يجب تضمين دقاتر التحملات المشار إليها في المادة 49 من نفس القانون مقتضيات تنص على احترام حقوق الإنسان، وعدم المس بكرامة المراة في الإعلام السمعي البصري، والتتصيص على عقوبات في حق المخالفين، سواء في القطب العمومي أو الإذاعات الخاصة. ويستوجب على الهيئة العليا للاتصال السمعي البصري الحرص على انضباط المتعهدين لهذه المقتضيات بما يضمن حماية المراة والناشئة من كل استغلال.



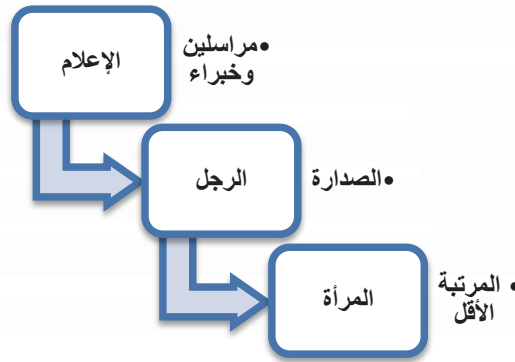
الشكل (1): عناصر دعم المراة في الإعلام



إن القوانين والتشريعات -رغم أهميتها- غير كافية بمفردها لضمان تحسين صورة المرأة في الإعلام، وإيجاد رأي عام وطني داعم لمشاركتها. من هنا، كان لا بد من وضع سياسات ثقافية وقائية تعمل على تغيير العقليات، وتسعى إلى نشر ثقافة حماية كرامة المرأة من كل مظاهر الامتهان والاستغلال في كل المجالات. تحتاج مثل هذه السياسات إلى اعتماد مقاربة تشاركية تفتح على مختلف مؤسسات المجتمع، من جمعيات مدنية وأسر ومدارس، وأن تكتسي البرامج الموجهة لتقديم تجارب نسائية رائدة أهمية خاصة في بناء رأي عام وطني يحترم المرأة وعطاءاتها في المجتمع بعيداً عن الاستغلال والامتهان.

ففي دراسة أجراها قسم المتابعة الإعلامية في (BBC) أثبتت أن الاعتقاد بأن الإعلام مهنة منصفة للمرأة يخفي وراءه حقيقة أن تأثير المرأة محدود في مجال الأخبار؛ فعلى سبيل المثال: للوهلة الأولى، عادة ما يبدو الإعلام الروسي مجالاً يعطي فرصاً متكافئة للمرأة، مع وجود عدد كبير من المذيعات اللاتي يتمتعن بالذكاء والأناقة، لكن عدد المراسلات والخبيرات من النساء كن في الواقع أقل من الرجال، ولنفس مستواهم من الأهمية في وسائل الإعلام الرئيسية المقروءة والمرئية، وفقاً لما خلصت إليه (BBC) من المتابعة في اليوم الذي أجريت فيه الدراسة.

ولم يقتصر الأمر على روسيا، بل أشارت نتيجة الدراسة إلى أن دولاً متعددة، ضمت إيطاليا وإيران وأوزبكستان وبريطانيا، لم تكن الأخبار تهيمن عليها أبناء عن الرجل وحسب، مما يعكس مكانتهم في الحياة العامة، لكن الرجال كانوا عادة من يغطون الأخبار «الجادة» التي يمكنها أن تجلب الشهرة لمقدميها وكتابها أيضاً.



الشكل (2): موقع المرأة في المجال الإعلامي



اتفقت النتائج مع بعض ما خلص إليه مشروع المتابعة الإعلامية الدولية، وهي منظمة غير حكومية كانت قد توصلت إلى أن النساء يمثلن 24 % فقط مما نسمع عنه في الأخبار على الرغم من أنهن يشكلن نصف عدد السكان.

وكشفت نتيجة الدراسة المزيد من التنوع بين الجنسين في مقدمي النشرات والمذيعين والضيوف، كما أن بعض الدول ذات الثقافة المحافظة، مثل السعودية، كان في تلفزيونها عددٌ من المذيعات.

لكن قسم المتابعة الإعلامية في قناة الـ(BBC) لاحظ أن النساء تم تمثيلهن بشكل أفضل في الأخبار التي تنقلها شبكات التواصل الاجتماعي، كما أن الكثير من المساهمات والكاتبات على شبكات التواصل الاجتماعي من النساء.

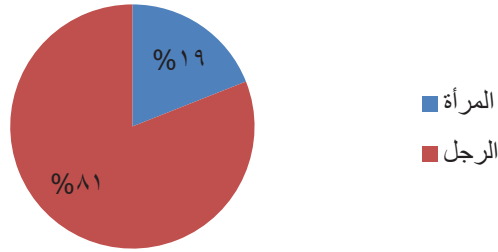


الشكل (3): نشاط المراة الإعلامي عبر وسائل التواصل الاجتماعي

وكشفت دراسة ميدانية، قام بها الدكتور رضوان بوجمعة، بكلية الإعلام عن واقع المراة في وسائل الإعلام السمعية والبصرية، أن الأغلبية كانت من نصيب الرجل في البرامج الجادة ذات العلاقة بالموضوعات الاقتصادية والسياسية، فيما تحضر المراة في المواد الأقل جدية. وبلغت نسبة حضور المراة بوصفها شخصية فاعلة من خارج المؤسسات الإعلامية 19 %، أما حضور المراة بوصفها مادة إعلامية عبر قنوات التلفزيون الجزائرية، فلم تتجاوز النسبة 20.3 %، و 13.1 % في الراديو (سليمانى، 2019).



مستوى حضور المراة العربية في المواد الإعلامية الجادة مقارنة بالرجل



الشكل (4): حضور المراة في المواد الإعلامية الجادة حسب دراسات علمية

توضح نتائج الشكل السابق مستوى حضور المراة في المواد الإعلامية الجادة، مثل البرامج الحوارية والبرامج السياسية والاقتصادية، مقارنة بالرجل في دراسات سابقة؛ حيث لم يتجاوز نصيب المراة 19% من إجمالي عينة المبحوثين، أما نصيب الرجل من هذه المواد فيتجاوز الـ 80%، وهي نسبة عالية جداً.

وقد أكد تلك النتيجة ما أشارت إليه دراسة ميدانية، قام بها الدكتور رضوان بوجمعة، أستاذ في كلية الإعلام في جامعة الجزائر، عن واقع المراة في وسائل الإعلام السمعية والبصرية، في أن الأغلبية الساحقة هي حضور الرجل في البرامج الجادة والمتعلقة بالمواضيع الاقتصادية والسياسية، فيما تحضر المراة في المواد الإعلامية الأقل جدية.



الفصل الثالث: المرأة في الإعلام اليمني

يعرض الفصل الحالي المرأة اليمنية في الإعلام اليمني، والتحديات التي تواجهها، وذلك من خلال المحورين الآتيين:

المحور الأول: المرأة والإعلام اليمني

إن الأدوار التقليدية للمرأة في المجتمع اليمني تظل هي السمة الغالبة عند تقسيم العمل بين الرجال والنساء؛ إذ إن التحاق المرأة بسوق العمل الإعلامي بصفة خاصة ما يزال -رغم التطور الإيجابي- ذا معدلات متدنية، فيما تظل الصحافة بوصفها مهنة إعلامية في اليمن من المهن الرجالية. مع الإشارة إلى أن نظرة المجتمع اليمني إلى الصحفيين ليست نظرة مشجعة، بل قد تعد أحد العوائق الاجتماعية والنفسية أمام تطور المهنة لدى البعض من الصحفيين الرجال. وطرح الإشكالية إذاً عندما يتعلق الأمر بالحضور النسائي داخل المهن الإعلامية يصبح ضرورة ملحة.

في السياق ذاته، سجلت المرأة اليمنية حضوراً متزايداً كونها قائمة بالاتصال، وفي اتجاه تصاعدي منذ منتصف التسعينيات؛ فعلى المستوى الكمي زادت أعداد الملتحقات في المهن الإعلامية، واستطاعت بعضهن الوصول إلى مواقع صنع القرار في المؤسسات الصحفية والإعلامية، وهذا في حد ذاته يعد تطوراً إيجابياً بارزاً رغم بقائه متواضعاً قياساً بالحضور المهني الطاعني لزميلها الرجل. وتكتسب هذه الملاحظة أهميتها عندما نعود بالذاكرة إلى النصف الأول من التسعينات، إذ شهد الوضع تسرباً محيراً للإعلاميات اليمنيات حتى من الأطر النقابية للمهنة نفسها، ويرجع ذلك إلى ظروف اجتماعية في الغالب لكنها نادراً ما ترتبط بمحاذير ثقافية لها علاقة ما بقيم اجتماعية سائدة.

وعلى الرغم من حب كثير من النساء الخريجات من تخصص الإعلام، ورغبتهم في العمل في مجال الإعلام، فإن كثيراً منهن قد يتسربن من العمل في هذا المجال ضمناً لظروف خاصة، قد تكون عائلية أو اجتماعية، مما يؤدي بها إلى التخلي عن عملها في محيط الإعلام، ومن ثم الانشغال بمهام أخرى في محيط الزوج والأسرة، مع الاكتفاء بممارسة هوايات اجتماعية أو ثقافية أخرى، كون مهنة الإعلام بحاجة إلى تفرغ وإبداع وتحمل وصبر حتى يتحقق النجاح المطلوب فيها.



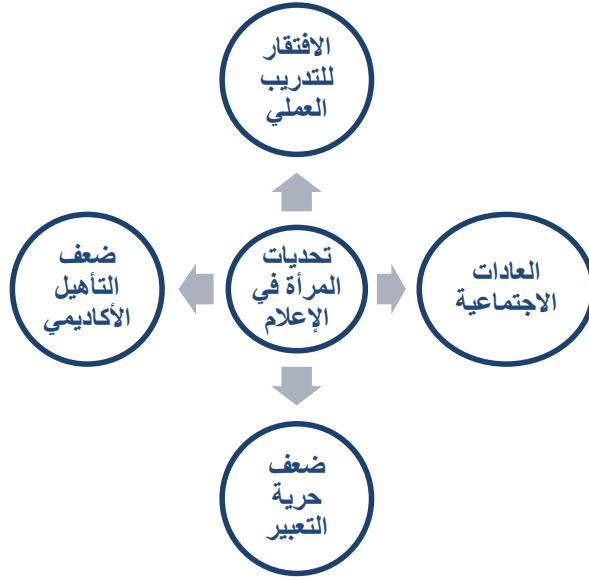
الشكل (5): العلاقة المتنامية للمرأة بالإعلام اليمني

وكان من أبرز التساؤلات المطروحة في هذا الجانب علاقة المرأة العربية بالإعلام عامة، والمرأة والإعلام اليمني بصفة خاصة، حيث لقيت حظاً من الإجابة في الدراسة التي أنجزها أحد المراكز البحثية العربية معتمداً على عينة من أربع بلدان عربية هي تونس والأردن واليمن والإمارات العربية المتحدة، وجاءت تلبية لأحد الأهداف الاستراتيجية التي أقرها مؤتمر بكين (بيجينغ) حول المرأة عام 1995 الذي قضى بتشجيع تقديم صورة متوازنة وغير نمطية عن المرأة في وسائط الإعلام (السميري، 2011).



المحور الثاني: تحديات المراة في مجال الإعلام

تواجه المراة اليمنية تحديات عدة في أداء دورها في مجال العمل الإعلامي في خضم ما تعيشه البلاد من صراعات وأزمات سياسية أطالت زمن الحرب، حيث أشارت كثير من الدراسات والمنظمات غير الحكومية عن دورها الضعيف في ذات المجال، من أبرزها ما جاء مؤخرًا في تقرير الظل لاتفاقية السيداو في 4 أكتوبر 2020 كتقييم عن دور المراة إعلاميًا، ولا يبرزها كأولوية.



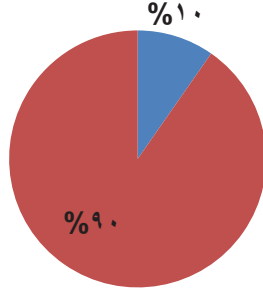
الشكل (6): التحديات التي تواجه المراة اليمنية في مجال الإعلام



وأشار التقرير إلى أن حجم المواد المخصصة للمرأة في الصحافة الرسمية تمثل فيما لا يزيد عن 1.9 % من موادها كافة، في حين أن نسبة ظهور المرأة في التلفزيون بوصفها مذيعه أخبار وبرامج هي 9.7 % مقابل 90.4 % للرجل. وترجع أسباب ذلك إلى عدة عوامل، منها ضعف حرية المرأة في التعبير عن رأيها مثل الرجل، والافتقار إلى تأهيلها الأكاديمي والعلمي، وتدني التدريب العملي داخل المؤسسات الإعلامية؛ فممارسة المهنة تعد في الغالب حكراً على الرجل في جميع الوسائل الإعلامية بحكم العامل الاجتماعي والعادات والتقاليد، مما يقلل من قبول المرأة. وعلى الرغم من حضور الإعلام الحر والرقمي، والصحافة الاستقصائية، والصحافة الاستطلاعية، فإن نسبة تمثيل النساء ما تزال ضئيلة مقارنة بالرجال، ويتطلب العمل الإعلامي للمرأة الحضور القوي على الشاشة وامتلاك الخلفية الثقافية وتطويرها والمتابعة لكل جديد.

المرأة بوصفها مقدمة برامج وأخبار مقابل الرجل

■ نصيب المرأة ■ نصيب الرجل



الشكل (7): حضور المرأة بوصفها مقدمة برامج وأخبار مقارنة بالرجل

وحسب دراسة صادرة عن مركز الدراسات والإعلام الاقتصادي لتمثيل المرأة في وسائل الإعلام اليمنية التي استهدفت (7) قنوات، سيما في القنوات التلفزيونية للعام 2017، فقد أشارت إلى أن مشاركة المرأة بوصفها متحدثه بناءً على الخبرة الشخصية، أو متحدثه رئيسية في مواضيع وقضايا، أو خبيرة ومعلقة أو حتى شاهدة عيان، فتمثل مساحة ضيقة كثيراً مقارنة بتلك التي تمنح لزميلها الرجل، حيث بلغت



نسبة ظهور المرأة عما سبق 9,7 %، في حين ظهر الرجل بنسبة 90.3 % . كما بينت الدراسة تغييب قضايا المرأة الجوهرية ودورها المهم في صنع القرار وخبرتها في تخصصات عدة.

ويمثل حضور المرأة بوصفها مقدمة للأخبار والبرامج كونها إعلامية أو مادة إعلامية نسبة 11.7 % مقارنة بالذكور بنسبة 20.9 %، في حين تتدنى نسبة حضور المرأة بوصفها مراسلة في الميدان بنسبة 4.4 % مقارنة بالرجال الذين يشكلون نسبة كبيرة في تعداد المراسلين بنسبة 30.6 % من إجمالي عينة الدراسة.

نسبة النساء بوصفهن مراسلات إعلاميات مقارنة بالرجال



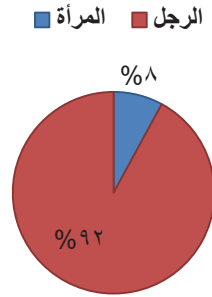
الشكل (8): المرأة بوصفها مراسلة إعلامية مقارنة بالرجل بناء على دراسات سابقة

كذلك، تتدنى مشاركة المرأة في الأدوار الأخرى في عملية إنتاج البرامج والأخبار التلفزيونية، أي في الجوانب الفنية والتقنية، كالإنتاج والتصوير والإضاءة وهندسة الصوت والإخراج، بنسبة 1.6 % مقارنة بالرجل الذي يسيطر بشكل كبير على هذه الأدوار بنسبة تصل إلى 18,6 % . ويختفي دورها بشكل كامل في إعداد البرامج والأخبار التلفزيونية في القنوات التلفزيونية، حيث يسيطر الرجل على هذا الجانب من التخصص بنسبة 12.2 % .

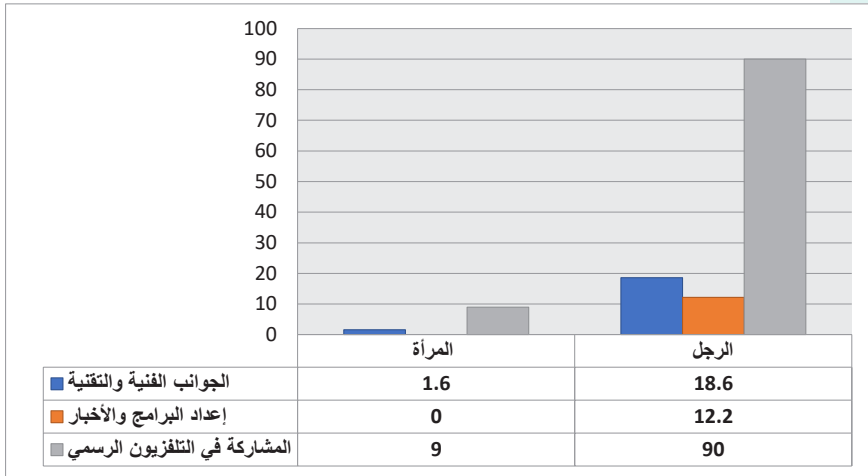
ويوضح الشكل الآتي نسبة حضور المرأة في الجوانب الفنية، حيث لم تتجاوز 8 %، في حين بلغت نسبة زميلها الرجل 92 % في المجال الفني والإنتاجي في القنوات التلفزيونية.



حضور المراة في الإنتاج الفني مقارنة بالرجل



الشكل (9): نسبة حضور المراة في الجوانب الإنتاجية والفنية مقارنة بزميلها الرجل



الشكل (10): حضور المراة ومشاركتها في التلفزيون والجوانب الإنتاجية وإعداد البرامج مقارنة بالرجل



كما تمثل مشاركة المراة لتكون مواد أساسية في الصحف الرسمية التابعة للشرعية من 2 % إلى 3 %، أما في التلفزيون الرسمي فتمثل المراة 9 % مقارنة بالرجل 90 % . وفي الطرف المناوئ له وغير المعترف به دولياً في الشمال، تصل مشاركة المراة في الصحف 2 %، وفي قنواتها تمثل المراة 7 % مقارنة بالرجل 93 % . وما يزال دور المراة في استراتيجية البرامج ضعيفاً ومختزلاً، وهي بعيدة عن قضاياها الجوهرية ودورها في كل المجالات وبوصفها مشاركة فاعلة مع الرجل، حيث لا تتصدر النساء مراكز القيادة في غالبية المؤسسات الإعلامية دون استثناء (طالب، 2021).

وقد بلغت نسبة حضور المراة بوصفها مشاركة فاعلة من خارج المؤسسات الإعلامية 19 % فقط، أما حضور النساء كونها مادة إعلامية عبر قنوات التلفزيون الجزائرية، ومنها قناة «الشروق تي في»، فلم تتجاوز نسبة 20.3 %، وفي الراديو 13.4 % (سليمان، 2019).

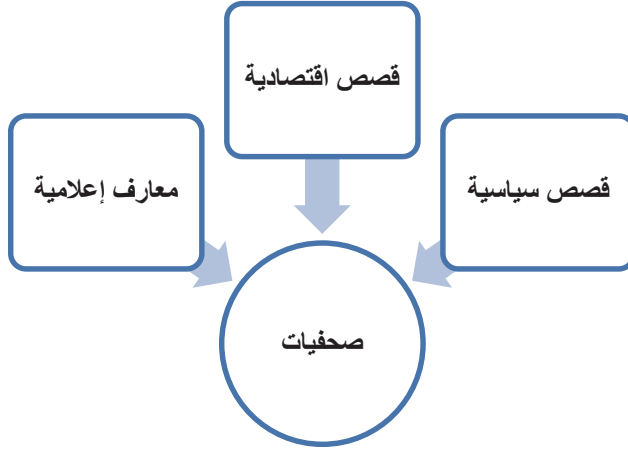


المحور الثالث: الإعلام الفضائي العربي والمرأة

إن انتشار القنوات الفضائية العربية يستوجب أن يجعل منها عاملاً مساعداً في استشعار القضايا الملحة والمباشرة للمجتمعات العربية، وألا تكون وسيلة للترفيه فقط. وقد نجحت العديد من القنوات الفضائية العربية في إبراز صورة واضحة المعالم للعديد من المشكلات التي تعاني منها المجتمعات العربية. وبحكم محدودية إمكانية الرقابة عليها، استطاعت أن تتعامل مع قضايا مهمة، وأن تتحمل الكثير من المسؤولية، وأن تعطي صورة واضحة عن الواقع العربي الحزين، كتصوير الأوضاع الصعبة في أكثر من مكان في العالم العربي، أو الدفع باتجاه التضامن مع قضايا الشعب الفلسطيني، كما جرى في انتفاضة الأقصى التي شهدتها الأراضي الفلسطينية إلا أنها ظلت في موضوع المرأة محافظة على تقديم صورة تقليدية عنها، والاستمرار في تأكيد هذه الصورة على نفس المسار.



الشكل (11): مكانة المرأة ومشكلاتها في الفضائيات العربية



الشكل (12): الموضوعات التي برزت من خلالها المرأة الصحفية أكثر من الرجل

كذلك، وجد تقرير «مشروع مراقبة وسائل الإعلام الدولية» في عام 2015 أن نسبة 31 % من القصص المتعلقة بالسياسة، ونسبة 39 % من القصص المرتبطة بالاقتصاد قد كتبت بأقلام نسائية، بينما تشهد القصص ذات العلاقة بالسياسة والجرائم أقل عددٍ من الصحفيات في جميع المناطق، باستثناء آسيا وأمريكا اللاتينية.

■ حلقة نقاشية عن الإعلام والمرأة:

ظهر تساؤل حول مدى تفاعل الإعلام مع مختلف القضايا، وتمت مناقشات علمية بين نخبة من الباحثين الأكاديميين العرب حول: هل تحول الإعلام العربي في خطابه من مرحلة السبعينيات والثمانينيات حتى الآن، أم ما يزال الحوار الإعلامي تقليدياً، يركز على ما هو نمطي لدى المرأة؟

أجاب الدكتور علي الشعبي بالقول: «لا أود تسطيح الأمور وكأن الحديث فقط عن إعلام ومجتمع يفصلان ما بين المرأة والرجل». مشيراً إلى أن الإعلام ما يزال خطاباً تقليدياً يتعامل مع المرأة والرجل وفقاً لقضية منع الحقوق، وعدم إعطاء المتلقي حقه حتى في التعبير عن رأيه، مع أن هذا الإعلام هو انعكاس لحالة المجتمع على المستوى السياسي، والاقتصادي، والاجتماعي.



في حين ذهب الدكتور خالد الخاجة إلى أن الإعلاميين يصبون في النهج نفسه حول قضايا المرأة، حيث يتجاهل الإعلام العربي الكثير مما تقوم به المرأة؛ فهناك ظلم لما يعرض عن المرأة، إذ تقدم في أغلب الأوقات على أنها مسؤولة عن البيت والأسرة والأمور الاجتماعية، ويتم تجاهل دورها في المجتمع وهو دور بارز؛ فالمرأة قيادية واقتصادية وسياسية ماهرة، إلا أن الإعلام العربي يقلص ذلك الدور.

فيما تطرقت الدكتورة سعاد المرزوقي لقضايا المرأة في الإعلام، موضحة أن الإعلام يوجه رسالته إلى 70% أو أكثر لفئة من النساء السطحيات. وبدلاً من أن يوجه الإعلام إلى الاهتمام بقضاياها المرأة المدنية، نجده لا يطرح موضوعاتها كعقلية، بل يعزز وجود المرأة السطحية. وأيضاً يتدخل الإعلام في قضايا العنصرية، فنجد أن هناك نظرة عنصرية وندية لدى المرأة تجاه الرجل؛ فنرى تلك الصورة من الناحية النفسية، وفي صفحات قليلة تخاطب المرأة وتعرض قضاياها المدنية. وفي القضايا الاجتماعية أو النفسية، نجدها تُطرح من قبل أشخاص ليس لهم صلة بها وليسوا متخصصين، وهكذا يلجؤون إلى التركيز على عقلية المرأة بتركيزها على جسدها ومحافظتها على زوجها، ومن ثم تتحمل المرأة دوراً كبيراً وعبئاً ثقيلاً في تغيير تلك الصورة .



المحور الرابع: تفعيل دور المراة في الإعلام:

من المهم وجود تعاون مشترك بهدف تحسين دور وسائل الإعلام في تحقيق إبراز المراة بالصورة التي يجب عبر مختلف الثقافات، على أن يكون ذلك من خلال بذل المزيد من الجهود لإظهار النساء في مواقف غير نمطية. وفيما يأتي بعض المقترحات التي تُسهم في تحقيق هذا الهدف:

- 1- التأكيد على دور الحكومات في تحسين وضع المراة من خلال أنظمتها الوطنية، كإنشاء مراكز لتمويل وسائل الإعلام الوطنية بجميع أنواعها، ومراقبتها.
- 2- تعزيز وسائل الإعلام وشبكات الاتصال النسائية، وذلك من خلال إيجاد برامج مشتركة بين وسائل الإعلام ومؤسسات أخرى تهدف إلى تحقيق تكافؤ الفرص، والاهتمام بإقامة مشاريع تُؤكد على صورة المراة في وسائل الإعلام.
- 3- تمكين النساء من إنشاء شبكات عالمية خاصة بهن في جميع المجالات المتاحة لها، من خلال إتاحة الفرصة لهن للوصول إلى تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، حيث لوحظ وجود فئة محدودة من النساء قادرات على الوصول إلى التقنيات الجديدة، والتعامل مع تكنولوجيا المعلومات.
- 4- تخصيص الحكومات ميزانيات خاصة بإعداد، ودعم البرامج التي تمكن المراة من الوصول إلى الموارد المتصلة بتكنولوجيا الاتصالات الجديدة، مع الاهتمام بمراعاة التنوع الثقافي، والاحتياجات، والأولويات المجتمعية. كما يجب على الجهات المسؤولة الاهتمام بتنظيم مناقشات عامة حول أهمية وسائل الإعلام في تعزيز المسؤولية الاجتماعية.
- 5- تعهد وسائل الإعلام بإدخال سياسات وقواعد تُسهم في إظهار الصورة الحقيقية، والواقعية عن المراة.
- 6- إرساء مجموعة من المبادئ الأخلاقية وتطبيقها في جميع جوانب الاتصال، بما في ذلك تصوير المراة في وسائل الإعلام، والبرمجة الإعلامية.
- 7- دعم إدارة الإعلاميات لمناصب وأدوار المسؤولية في مجال الإعلام، وتمكينها من تولي الجوانب الإدارية والتحريرية للمؤسسات الإعلامية التي تعمل فيها.
- 8- تشجيع دور الإعلاميات في صياغة الاستراتيجيات الإعلامية للمؤسسات أو القنوات الإعلامية التي يعملن فيها.
- 9- منح المراة الدور الفاعل في الهيئات والمؤسسات الممثلة للصحفيين، مثل: الهيئات والنقابات الخاصة بالإعلاميين.
- 10- التنسيق مع رؤساء التحرير في مجال المحتوى الإعلامي لحضور فعاليات وأنشطة تتناول مواضيع المراة والإعلام.



- 11- دعم وتشجيع الأبحاث العلمية التي تتناول الخطاب الإعلامي عن المرأة.
- 12- تحفيز مشاركة المرأة في مجال العمل الإعلامي، عبر الجهات الرسمية ومؤسسات المجتمع المدني، باعتبارها إعلامية عاملة، أو مشاركة خارجية.
- 13- تبني مراكز تأهيل مهنية في الحقل الإعلامي تُعنى بدعم المرأة وتعزيز مشاركتها في الإعلام، خاصة فيما يتلاءم مع قضاياها ومشكلاتها المتنوعة في الواقع.



الفصل الرابع: اختبار فرضيات الدراسة ونتائجها

يستعرض الفصل الحالي منهجية الدراسة، وفرضياتها، ونتائجها، وفق ما يلي:

■ منهجية الدراسة:

اتخذت الدراسة المنهج الوصفي الذي يعتمد على وصف الظاهرة المدروسة وصفاً موضوعياً، بهدف الوصول إلى الحقائق والمعلومات اللازمة بشأن المرأة في الإعلام، ودورها المطلوب في دعم وتعزيز مجالات السلام.

■ مجتمع الدراسة وعينتها:

يتمثل مجتمع الدراسة في المرأة العربية بشكل عام، وتم تحديد عينته في المرأة اليمنية بشكل خاص، باعتبار ظروفها الخاصة والاستثنائية التي تمر بها في الأوضاع الحالية، إضافة إلى ما تعيشه المرأة اليمنية من ظروف وأوضاع معقدة ناجمة عن الصراع والحرب.

■ اختبار الفرضيات العلمية:

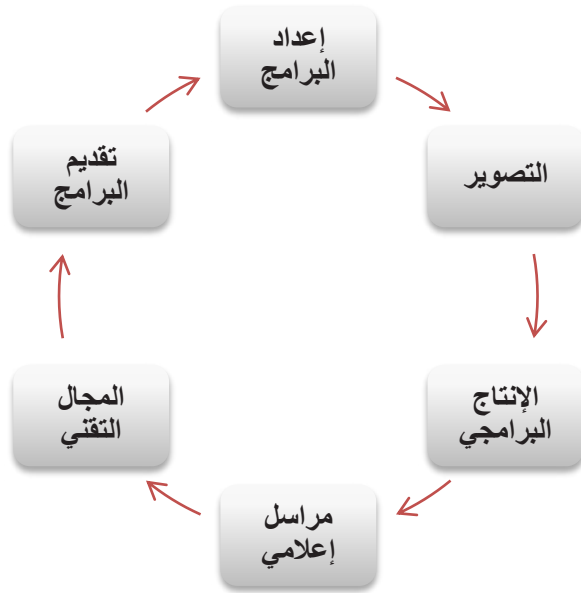
قام فريق الدراسة باختيار عينة من القنوات التلفزيونية بهدف اختبار فرضياته، والتأكد من صحتها، وقد تمحورت هذه العينة في ست قنوات تلفزيونية فضائية، هي: السعيدة، المهريّة، يمن شباب، عدن الفضائية، اليمن اليوم، بلقيس.

فيما حدد الفريق عدة مهن إعلامية من أجل إجراء الدراسة عليها، والوقوف على مدى حضور المرأة من خلالها مقارنة بحضور زميلها الرجل، وقد تم اختيار عينة إعلامية متساوية لكل قناة من القنوات الفضائية.

أما من حيث تحديد المهن، فقد تم تحديد المهن الإعلامية الآتية بوصفها ذات أهمية ومكانة بالغة في المجال الإعلامي، إضافة إلى مراعاة التنوع والشمولية المطلوبة فيها، حتى يضمن الفريق وجود المرأة مع الرجل في غالبيتها، إن لم يكن فيها جميعاً، وهي كما يلي:



- إعداد البرامج وتقديمها.
- الإنتاج البرامجي.
- التصوير.
- التقديم البرامجي والإخباري.
- المراسل الإعلامي.
- المجال التقني والفضي.

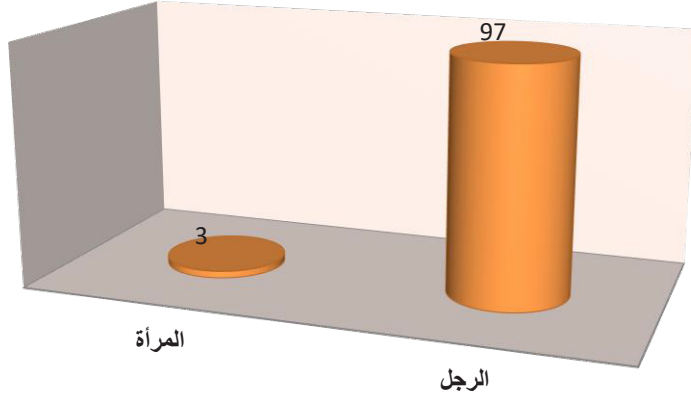


الشكل (13): أبرز المجالات الإعلامية التي تناولها للدراسة

❖ الفرضية الأولى: يقل حضور المرأة بشكل لافت في القنوات التلفزيونية اليمنية بوصفها مراسلة إعلامية مقارنة بالرجل.



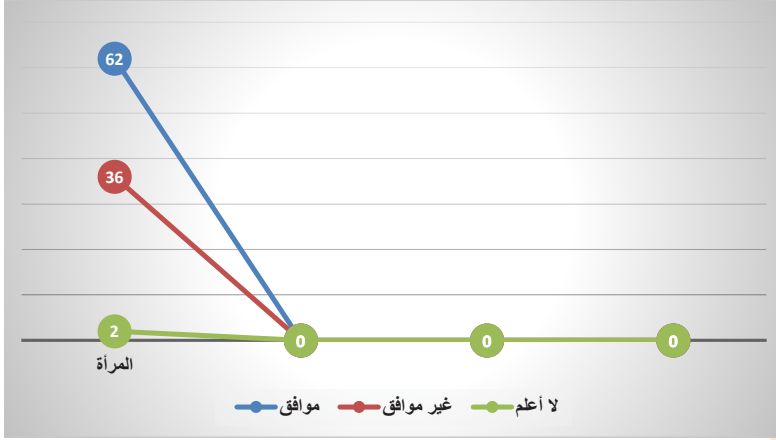
المراة مقارنة بزميلها الرجل بوصفها مراسلة إعلامية



الشكل (14): مدى حضور المراة بوصفها مراسلة إعلامية في القنوات اليمنية (عينة الدراسة)

توضح نتائج الشكل السابق نسبة حضور المراة في القنوات التلفزيونية اليمنية الخاصة بوصفها مراسلة إعلامية، حيث ظهر أن حضورها محدود جداً في هذه المهنة، إذ لم يتجاوز 3% فقط مقارنة بزميلها الرجل الذي حقق نسبة بلغت 97%، وهي نسبة عالية في مجال مهنة المراسل الإعلامي.

ويمكن القول هنا إن الفرضية القائلة بحضور المراة بشكل لافت في القنوات التلفزيونية اليمنية بوصفها مراسلة إعلامية مقارنة بالرجل هي فرضية خاطئة وغير مقبولة.



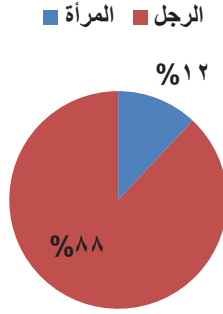
الشكل (15): مدى الموافقة على عمل المرأة بوصفها مراسلة إعلامية ضمن عملها في القنوات اليمنية

يشير الشكل السابق إلى أن المرأة اليمنية يمكنها أن تعمل مراسلةً إعلامية مثل الرجل، حيث وافقت عينة الدراسة على ذلك، بنسبة بلغت 62 %، وأنه لا يوجد ما يمنع ممارستها لهذه المهنة إن رغبت في ذلك، بينما جاءت عدم الموافقة بنسبة 36 %، و«لا أعلم» بنسبة 2 %.

❖ الفرضية الثانية: يزداد حضور المرأة بوصفها مذيعة أو مقدمة برامج في القنوات اليمنية الخاصة أكثر من الرجل.



نسبة المراة بوصفها مذبة مقارنة بزميلها الرجل

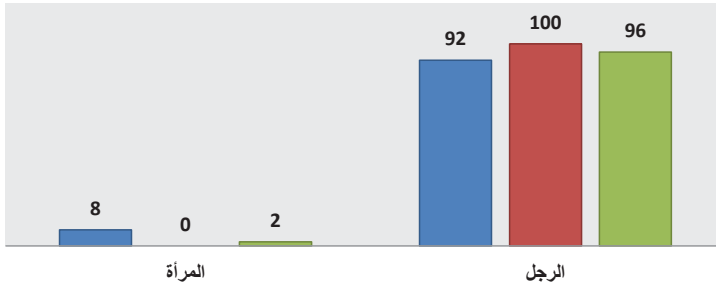


الشكل (16): مدى حضور المراة بوصفها مذبة مقارنة بالرجل

يوضح الشكل السابق مدى حضور المراة بوصفها مذبة إعلامية مقارنة بزميلها الرجل، حيث حققت نسبة 12% مقارنة بزميلها الرجل الذي حقق نسبة 88% من إجمالي العينة. وقد يرجع هذا التدرج في نسبة حضور المراة اليمنية بوصفها مذبة إلى عادات المجتمع اليمني وتقاليده التي لا تشجع ظهور المراة إعلامياً.

ويمكن القول من خلال هذه النتيجة التي توصلت إليها الدراسة إن الفرضية القائلة بزيادة حضور المراة بوصفها مذبة أو مقدمة برامج في القنوات اليمنية الخاصة أكثر من الرجل هي فرضية غير صحيحة، ولا يمكن قبولها؛ حيث إن نسبة المراة الإعلامية في هذه المهنة متدنية بشكل ملحوظ.

■ إعداد البرامج ■ إنتاج البرامج ■ تصوير البرامج



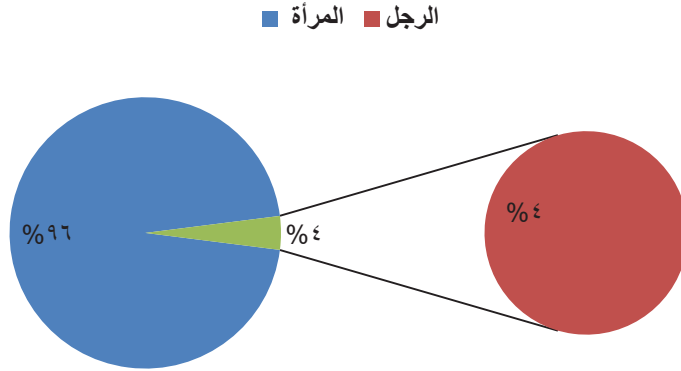
الشكل (17): مقارنة بين حضور المراة مع الرجل في إعداد البرامج التلفزيونية وإنتاجها وتصويرها



توضح نتائج الشكل البياني السابق حضور المرأة مقارنة بالرجل في ثلاث مهن إعلامية مهمة، تتمحور في تصوير البرامج التلفزيونية، وإعدادها، وإنتاجها؛ حيث أكدت النتائج تدنياً واضحاً ومحدودية حضور المرأة في المهن الإعلامية الثلاث، مقارنة بزميلها الرجل الذي حقق نسباً عالية في جميع هذه المهن، لا سيما مهنة الإنتاج التلفزيوني التي كانت نسبتها كاملة من نصيبه.

❖ **الفرضية الثالثة:** حضور المرأة في البرامج ذات الصلة بالمرأة والطفل أكثر من الرجل.

حضور المرأة في برامج المرأة والطفل مقارنة بزميلها الرجل



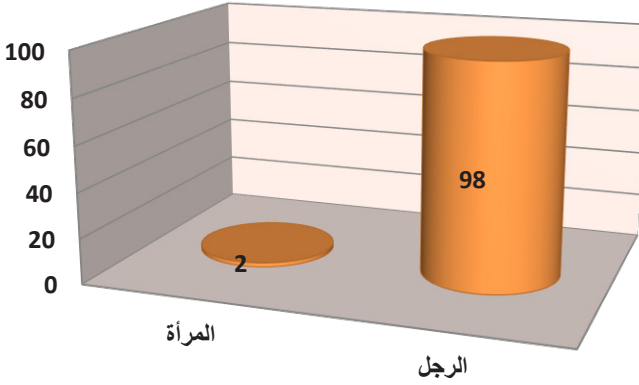
الشكل (18): مدى حضور المرأة في برامج المرأة والطفل

أما فيما يخص برامج المرأة والطفل فيبدو تصدر المرأة أكثر من الرجل، حيث حققت المرأة نسبة عالية في هذا التخصص من البرامج؛ إذ بلغت 96% مقارنة بالرجل، وقد يعود الأمر في ذلك إلى توافق هذا الجانب مع طبيعة المرأة وميولها النفسية والفسولوجية، إضافة إلى قدرتها وميولها في مخاطبة أبناء جنسها بشكل متفهم أكثر من الرجل.

وعليه، يمكن قبول الفرضية القائلة إن المرأة تحضر في البرامج ذات العلاقة بالمرأة والطفل أكثر من الرجل، حيث أظهرت نتائج الدراسة تفوق المرأة على زميلها الرجل بنسبة عالية.



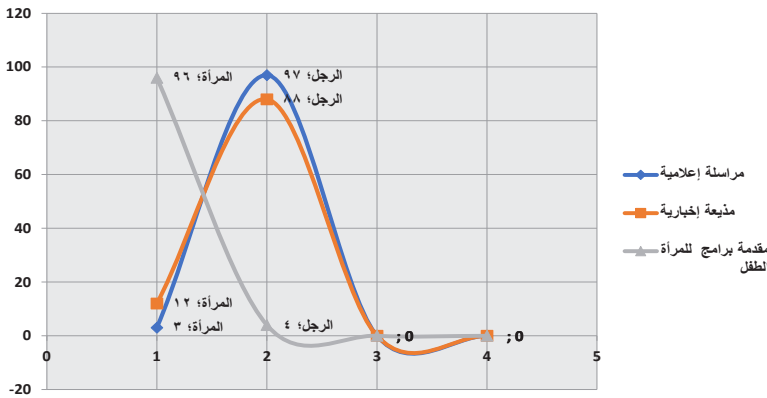
❖ الفرضية الرابعة: يتدنى حضور المراة بشكل كبير في الجوانب التقنية للبرامج التلفزيونية مقارنة بزميلها الرجل.



الشكل (19): مدى حضور المراة اليمنية في الجوانب الفنية للقنوات التلفزيونية

يشير الشكل السابق إلى مستوى حضور المراة في الجوانب الفنية مقارنة بالرجل في الإعلام اليمني، حيث جاء حضورها بنسبة محدودة جداً لم تتجاوز 2 % من إجمالي العينة، وقد يرجع تدني نسبة المراة في هذه المهنة الإعلامية إلى أنها من المهن التي تحتاج إلى وقت وجهد، مما يجعل النساء أقل إقبالاً عليها. فضلاً عن تطلب هذه المهن إلى أشخاص لديهم قدرة تحمل لأعباء التنقل والمكوث في أماكن العمل أكثر من المهن الأخرى، بينما للمراة اليمنية عادات وتقاليد اجتماعية تمنعها من ممارسة مثل هذه المهن الخاصة في مجال العمل الإعلامي. وقد تصدر الرجل، بلا منافسة، حضوراً في هذه المهنة، محققاً نسبة بلغت 98 %.

ويهدف التأكد من مدى التوازن أو التنافس الممكن بين حضور المراة في الإعلام اليمني مع زميلها الرجل، فتوضحه نتائج الشكل البياني (19) الذي يؤكد عدم وجود ما يشير إلى أي تقارب بين النتيجتين، أو أي تنافس واضح لصالح المراة، عدا حضور المراة (الإعلامية) في برامج المراة والطفل، التي تفوقت من خلالها على الرجل بنسبة عالية. فيما كشفت النتائج الأخرى للمهن الإعلامية تفوق الرجل على المراة بفارق كبير، ومحدودية المساحة التي تشغلها المراة في هذه المهن، التي جاء أبرزها في مهنة مراسل إعلامي ومذيع إخباري.



الشكل (20): مدى التوازن القائم بين علاقة المرأة بالإعلام اليمني مقارنة بالرجل

■ النتائج العامة للدراسة:

توصلت الدراسة بعد طرح تلك الأفكار والفرضيات واختبارها وتحليلها إلى مجموعة نقاط مهمة، منها:

1- وجود قصور في الصورة التي تظهر بها المرأة عبر وسائل الإعلام؛ ومن ثم لا بد من تصحيح هذه الصورة السلبية عبر توفير إرادة سياسية قوية للتغيير، يتم ترجمتها في مقتضيات قانونية ووقائية. إضافة إلى تطوير التشريعات والقوانين في اتجاه ضمان حماية مكانة المرأة في الإعلام.

2- أن القوانين والتشريعات على أهميتها لا تعد كافية بمفردها لضمان تحسين صورة المرأة في الإعلام، وصناعة رأي عام وطني داعم لمشاركتها. وينبغي وضع سياسات ثقافية وقائية تعمل على تغيير العقليات، وتسعى إلى نشر ثقافة حماية دور المرأة من كل مظاهر الامتهان والاستغلال في كل المجالات.

3- أن المرأة اليمنية سجلت حضوراً متزايداً كونها قائمة بالاتصال، وذات اتجاه تصاعدي منذ منتصف التسعينيات، وتزايد على المستوى الكمي أعداد الملتحقات في المهن الإعلامية، واستطاعت القليلات منهن الوصول إلى مواقع صنع القرار في المؤسسات الصحفية والإعلامية.

4- أن المرأة اليمنية تواجه تحديات عديدة في مجال أداء دورها في العمل الإعلامي في



- ظل الظروف التي تعيشها اليمن من صراعات وأزمات سياسية، وكان من أبرز تلك التحديات العادات الاجتماعية، والافتقار إلى التدريب العملي، وضعف حرية التعبير.
- 5- أن مساحة مشاركة النساء بوصفهن متحدثات، بناءً على الخبرة الشخصية، أو متحدثات رئيسات في مواضيع وقضايا، أو شاهدات عيان هي مساحة ضيقة جداً مقارنة بالرجل. كما تبين تدني مشاركة المرأة في الأدوار الفنية التلفزيونية، أي في الجوانب الفنية والتقنية، من إنتاج وتصوير وإضاءة وهندسة صوت وإخراج تلفزيوني.
- 6- أن نسبة حضور المرأة في القنوات التلفزيونية اليمنية الخاصة بوصفها مراسلة إعلامية كان حضورها محدوداً جداً في هذه المهنة، فلم يتجاوز 3 % فقط مقارنة بزميلها الرجل الذي حقق نسبة بلغت 97 %، وهي نسبة عالية في مجال مهنة المراسل الإعلامي. فيما كشفت نتائج الدراسة أن المرأة اليمنية يمكنها أن تعمل مراسلة إعلامية مثل الرجل، بحسب موافقة عينة الدراسة على ذلك بنسبة بلغت 62 %، وأنه لا يوجد ما يمنع ممارستها لهذه المهنة في حال رغبت في ذلك.
- 7- أن حضور المرأة بوصفها مذيعة إعلامية مقارنة بزميلها الرجل جاء بشكل محدود؛ حيث حقق حضورها نسبة لم تتجاوز 12 % مقارنة بالرجل الذي حقق 88 % من إجمالي العينة.

صور لإعلاميات يمنيات



من إعلاميات قناة السعيدة



من إعلاميات قناة عدن الفضائية



من إعلاميات قناة بلقيس

المراجع :

المراجع العربية:

- 1- الوطن توداي (27/10/2021): تحديات تمثيل المرأة في الإعلام اليمني، <https://cutt.ly/hZMoYNj>
- 2- طالب، ماجدة (2021): تحديات تمثيل المرأة في الإعلام اليمني، الوطن توداي.
- 3- سليمان، وهيبه (2019): حضور المرأة في القنوات التلفزيونية.
- 4- اللجنة الوطنية الأردنية لشؤون المرأة (2016): صورة المرأة في الإعلام العربي، <https://women.jo>
- 5- BBC (2015): هل ينصف الإعلام المرأة مقارنة بالرجل، <https://www.bbc.com/ara-bic/worldnews/2015/11/151123>
- 6- السمييري، نشوان (2011): النوع الاجتماعي والإعلام، وكالة أخبار المرأة.
- 7- النمري، ديانا (2010): المرأة والإعلام، موقع عمون.
- 8- الزمان: ندوة عن واقع الإعلام العربي وقضايا المرأة، <https://azzaman.info>.
- 9- المرأة في وسائل الإعلام، موقع ويكيبيديا، <https://cutt.ly/MZMfKYB>
- 10- موضوع: المرأة ووسائل الإعلام، <https://mawdoo3.com>.
- 11- المصلي، جميلة: صورة المرأة في الإعلام، <https://www.pjd.ma/node/170>
- 12- مركز الكوثر للدراسات البحثية: المرأة العربية والإعلام، <https://tahmil-kutib-pdf.info/khly>

المراجع الأجنبية:

- Nonprofit Communications Report, Make Every Effort to Connect One-on-One With Media”, (14/3/2022).



زواج القاصرات في اليمن: آثار وحلول

(دراسة اجتماعية)

إعداد / أ.د. فتحية محمد باحشوان

2022



الملخص

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع زواج القاصرات ومدى انتشار هذه الظاهرة في اليمن، وحاولت تحديد الأسباب والآثار المترتبة على الفتاة، وإيجاد بعض الحلول التي يمكن أن تحد من هذه الظاهرة. ولتحقيق هذه الأهداف، اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي المسحي لوصف واقع ظاهرة زواج القاصرات وبينت مدى انتشارها في مجتمعنا من خلال القيام بعرض وتحليل مجموعة من الإحصائيات والتقارير والأبحاث والتقارير الدولية. وقد توصلت الدراسة إلى نتائج عدة، منها: أن انتشار ظاهرة زواج القاصرات في اليمن يعود إلى الجهل وعدم وجود الوعي الفكري لدى بعض العائلات، والظروف الاقتصادية والاجتماعية التي تعيشها اليمن، والعادات والتقاليد والثقافة المتوارثة في المجتمع اليمني حول زواج القاصرات، إلى جانب وجود قصور وخلل في النصوص القانونية؛ فلا يوجد نص صريح يحدد سن الزواج، ولا يوجد نص يحدد عقوبة لمن يخالف هذا النص. وقد توصلت الدراسة إلى أن من أهم الآثار السلبية لزواج القاصرات هي تضرر الحالة الصحية والنفسية لديهن؛ حيث يتعرضن لضغوطات نفسية وفسولوجية في تلك المرحلة العمرية المبكرة، كما تتأثر حياتهن العلمية بصورة سلبية وهذا بدوره يعرقل الوضع الاجتماعي والاقتصادي والصحي للكثير من الفتيات مستقبلاً.

الكلمات المفتاحية: الزواج، القاصر، زواج القاصرات.



الفصل الأول

المقدمة:

تعد الأسرة أهم مكون اجتماعي تسعى إليه جميع الأديان والثقافات وتدعو إلى وجوده واحترامه؛ إذ تتأسس الأسرة عن طريق رباط اجتماعي مقدس بموجبه تصبح الأسرة مقبولة ومعترف بها، ويسمى هذا الرباط بالزواج. لكن صور هذا الرباط تتعدد من بلد لآخر ومن ثقافة لأخرى، ومن صورته زواج القاصرات، وهي ظاهرة تنتشر بكثرة في المجتمعات العربية.

اليمن إحدى البلدان العربية التي تعاني من هذه المشكلة الاجتماعية التي تزايدت في الآونة الأخيرة، فحسب بيانات الأمم المتحدة والحكومة، هناك نحو 14% من الفتيات اليمنيات يتزوجن دون سن 15 عاماً، و52% يتزوجن وعمرهن 18 عاماً. وقد اتسعت بصورة واضحة مع استمرار الصراع، وسوء الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي تمر بها اليمن، والجهل، وعدم وجود الوعي الفكري لدى بعض العائلات، والتفكير بصورة تقليدية في أن زواج القاصرات تحسين للفتاة.

ينتشر الزواج المبكر في المناطق الريفية بشكل أكبر منه في المناطق الحضرية. وهو بين الإناث أكثر منه في الذكور. ويتحدد سن الزواج للفتى أو الفتاة بعمر 17 عاماً، وتسعى منظمات حقوق الإنسان إلى القضاء على هذه الظاهرة، كما حددت بعض التشريعات سناً معيناً للزواج، غير أن العامل الرئيس الذي يقف وراء ظاهرة الزواج بالقاصرات هو انتشار توجهات ثقافية مؤيدة له.

تسببت هذه الظاهرة في العديد من الأضرار؛ فقد أوضحت البيانات الرسمية أن اليمن تشهد 8 حالات وفاة يومياً لقاصرات بسبب الزواج المبكر والحمل والولادة. وقد تعاني الزوجة القاصر آثاراً سلبية؛ فهي قد تكون غير مستعدة، لا نفسياً ولا جسدياً ولا فسيولوجياً ولا عقلياً ولا ثقافياً، لمثل هذا الزواج، فتتحمل عبئاً لا قدرة لها عليه. وهناك أضراراً اجتماعية أخرى تتعلق بصغار السن، حيث إن البنية الاجتماعية في بعض المحافظات اليمنية تتسم بالتقليدية فلا تتوفر فرص مثلى للحراك الاجتماعي، الأمر الذي يؤدي إلى تدني مستويات طموح الأفراد، الذين ينتمون إلى فئات اجتماعية فقيرة أو مهمشة، في تحسين أوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية.



وتتعدد العواقب الاجتماعية والنفسية الناتجة عن زواج الفتيات في سن صغيرة؛ فالمشكلة لا تتوقف فقط على عمر الفتاة أو عدم بلوغها سن الرشد، بل تكمن الصعوبة بما تتعرض له خلال هذه الفترة من تحديات ومسؤوليات قد تكون أكبر من قدرتها على التحمل. إن زواج الأطفال يعد انتهاكاً مروعاً لحقوق الإنسان؛ إذ يسرق الفتيات من تعليمهن وصحتهن وتطلعاتهن على المدى الطويل.

لقد أصبحت هذه الظاهرة واحدة من أهم القضايا الاجتماعية في المجتمع اليمني، حيث شهدت المحاكم اليمنية مؤخراً العديد من القضايا كانت أطرافها فتيات قاصرات يطلبن الطلاق بعد أشهر قليلة من زواجهن، وهذا يؤكد الحاجة إلى القيام بدراسة للتعرف على ظاهرة زواج القاصرات وآثارها.

مشكلة الدراسة:

تعد ظاهرة الزواج المبكر في مجتمعنا اليمني إحدى الظواهر الاجتماعية المتفشية التي تنعكس آثارها السلبية على المستوى الصحي والاجتماعي على المرأة خاصة، والرجل والمجتمع عامة. وهذا يعرقل وضعهم الاجتماعي والاقتصادي والصحي -خاصة للفتيات- لما يتعرضن له من ضغوط نفسية وفسولوجية في تلك المرحلة العمرية المبكرة، وقد تفقد الفتاة الاستقرار، وتسود العلاقة الزوجية حالة من المعاناة والتوتر؛ لذا توجهت الدراسة الحالية إلى تحديد أهم الآثار المترتبة على زواج القاصرات في اليمن، وحاولت تقديم مجموعة من الحلول اللازمة للتخفيف من هذه الظاهرة. ويمكن بلورة مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

- ما مفهوم زواج القاصرات؟
- ما مدى انتشار ظاهرة زواج القاصرات في اليمن وما هي أسبابها؟
- ماهي الآثار المترتبة على زواج القاصرات؟
- ما هي الحلول المقترحة لحل هذه المشكلة؟



أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة من أهمية المشكلة ذاتها التي تُعد من أهم الظواهر الاجتماعية التي انتشرت في المجتمع اليمني، وتؤثر بصورة سلبية على الأفراد والمجتمع على حد سواء؛ حيث إن تأثيرها لا يقتصر على شخص بذاته بل يتسع ليشمل جميع أفراد الأسرة أو المجتمع، وهذا يحتم ضرورة القيام بدراسة لمعرفة الأسباب ووضع الحلول للحد من انتشارها، والتقليل من آثارها السلبية في المجتمع اليمني؛ فقد زاد انتشارها في وقتنا الحالي نتيجة للظروف التي تعيشها اليمن، إضافة إلى ما يترتب على هذه الزواج من آثار ومشكلات اجتماعية وصحية ونفسية، قد يصل إلى الطلاق وتفكك الأسر.

كما أن أهمية الدراسة الحالية تتضح من خلال تناولها لأهم عناصر بناء الأسرة والمتمثل في الفتاة التي ينبغي أن تحظى باهتمام كبير أثناء مراحل نموها، وبما يساهم في نجاحها في دورها الأسري وأدوارها الأخرى مستقبلاً.

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التعرف على ظاهرة زواج القاصرات وحاولت تحديد الأسباب والآثار المترتبة على ذلك، وإيجاد بعض الحلول. ولتحقيق هذه الأهداف لا بد من الآتي:

- إيضاح مفهوم زواج القاصرات والزواج المبكر.
- التعرف على مدى انتشار ظاهرة زواج القاصرات في اليمن.
- الوقوف على الأسباب التي تؤدي إلى زواج القاصرات في اليمن.
- التعرف على الآثار المترتبة على زواج القاصرات.
- اقتراح بعض الحلول التي يمكن أن تحد من هذه الظاهرة.



مصطلحات البحث إجرائياً:

- الزواج: علاقة شرعية تنشأ بين رجل وامرأة في سن تؤهل كلا الطرفين من الاعتماد على ذاته إلى جانب تأهلها لإنجاب الأبناء وتربيتهم.
- القاصر: هو الفتى أو الفتاة دون سن الثامنة عشرة.
- زواج القاصرات: ونعني به ارتباط الفتيات اللاتي لم يبلغن سن الثامنة عشر عاماً، كما حدده القانون، بشخص بالغ أو بطفل آخر.
- آثار زواج القاصرات: هي مجموعة الأضرار التي تلحق بالفتيات القاصرات نتيجة الزواج المبكر.

حدود الدراسة:

- (1) الموضوعية: آثار ظاهرة زواج القاصرات وحلولها.
- (2) المكانية: الجمهورية اليمنية.
- (3) الزمانية: تم إجراء البحث عام 2022.



الفصل الثاني زواج القاصرات

يتناول الفصل الحالي زواج القاصرات من حيث المفاهيم الخاصة بالظاهرة، ومن ثم يعرض زواج القاصرات في العالم، وفي الوطن العربي، وذلك على النحو الآتي:

أولاً : مفاهيم الدراسة:

تم عرض العديد من المفاهيم للدراسة الحالية وهي مفهوم الزواج، القاصر، زواج القاصرات، وذلك كما يلي:

1- مفهوم الزواج:

يختلف تعريف الزواج باختلاف الثقافات، فيمكن تعريفه تعريفاً واسعاً على أنه علاقة جنسية تفرض عليها جزاءات اجتماعية، وتتكون بين فردين أو أكثر من الجنسين، ويتوقع استمرارها عبر الزمن من أجل إنجاب الأطفال (الجوهري، 1998: 111). ويعرف الزواج بأنه نظام اجتماعي يتصف بقدر من الاستمرار والامتثال للمعايير الاجتماعية، وهو الوسيلة التي يعمد إليها المجتمع؛ لتنظيم المسائل الجنسية وتحديد مسؤولية صور التزاوج الجنسي بين البالغين. ومن الجدير بالملاحظة في هذا الصدد أن جميع المجتمعات -سواء في الماضي أو الحاضر- تفرض الزواج على غالبية أفرادها؛ فالزواج إذن نظام عام ولو أباح المجتمع في كثير من الأحيان علاقات جنسية خارج النظام، كما أن الزواج هو النظام الأوفر جزاءً فيما يخص معظم الرجال والنساء في الجانب الأكبر من حياتهم (الخولي، 2001: 25).

الزواج (Marriage) عبارة عن تزاوج منظم بين الرجال والنساء، ويتضمن معنى الأسرة (Family) والإنجاب، وهو الوسيلة التي يعهد إليها المجتمع لتنظيم المسائل الجنسية وتحديد مسؤولية صور التزاوج الجنسي بين البالغين (رمضان، 1999: 25).

ويرى علم الاجتماع وجود ارتباط بين الزواج والأسرة بشكل واضح لكنهما ليسا شيئاً واحداً؛ لأن الزواج عبارة عن تزاوج منظم ومقنن بين الرجل والمرأة، في حين أن الأسرة تجمع بين الزواج والإنجاب وتشير إلى مجموعة من الأدوار الاجتماعية المكتسبة عن طريق الزواج والإنجاب، ولهذا يعد شرطاً أولياً لقيام الأسرة باعتبارها نتاجاً للتفاعل الاجتماعي (الخولي، 1989: 56).



2- مفهوم القاصر:

القاصر (The minor): هو من لم يبلغ سن الرشد، أي سن الثامنة عشر (باشا، 1997: 52)، وعند الفقهاء القاصر من لم يبلغ درجة الرجال، والقاصرة مؤنث القاصر (راجع، 2021: 145). والقاصر لغة: من قَصَرَ الذي يعني أن لا يبلغ الشيء نهايته ومداه، ويُقال قصرتَه إذا حبسته، ومقصور يعني محبوس. وأمّا الفتاة القاصر فهي الفتاة التي لم تبلغ سن الرشد بعد.

أما القاصر اصطلاحاً فلم يرد تعريف صريح لمفهوم القاصر اصطلاحاً في الفقه، إلا أن الكلمة قد وردت عند بعض الفقهاء، وقد لوحظ أن الفقهاء استخدموها لمن لم يصل سن البلوغ بعد. وخلاصة القول إن القاصر يدل على من لم يبلغ سن البلوغ، أو من لم يبلغ سن الرشد (الشقریات، 2017: 124 - 129). ويعرف القاصر أيضاً: بأنه من لم يبلغ سن الرشد فيوضع تحت حماية وعناية وصيّ، أي ولدٌ قاصر (عمر، 2008: 207).

ويعرف زواج القاصر (Marriage of minor) بأنه زواج المراهق قبل إكمال السن القانونية للزواج، وهي الخامسة عشر للمراهق، والثالثة عشر للمراهقة (باشا، 1997: 19).

3- مفهوم زواج القاصرات:

يعني «زواج الأطفال» الزواج الذي يكون فيه أحد الطرفين على الأقل طفلاً. ووفقاً لاتفاقية حقوق الطفل، فإن الطفل هو «كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة، ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه» (اتفاقية حقوق الطفل، المادة 1). وقد دعت لجنة حقوق الطفل الدول الأطراف إلى مراجعة سن الرشد، إذا كان محددًا بأقل من 18 سنة.

مما لا شك فيه أن حكم زواج الصغيرات في الدين الإسلامي جائز، وليس هناك من مستند لتحديد سن الزواج في الفقه الإسلامي، بل يرى البعض أن تحديد سن الزواج من 18 فما فوق مأخوذ من القوانين الغربية التي تختلف عقيدة وسلوكاً ونظام حياة عن المجتمعات الإسلامية التي تسير على معايير ثابتة أقرها الشرع في أنه «متى ما وصل الإنسان مرحلة البلوغ -التي تتحقق لدى الشاب بالحلم وبالحيض للفتاة- يجوز له الزواج ذكراً كان أو أنثى، بل ويستحسن عند البلوغ إذا كانت هناك قدرة على ذلك» (الزاردي، 2010: 23).



ويعرف زواج القاصرات بأنه زواج الفتاة قبل بلوغها الثامنة عشر عاماً، أي في مرحلة تكون فيها الفتاة على مقاعد الدراسة وتمر بمرحلة المراهقة (مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي، 2001).

وعرفته وثيقة حقوق الطفل الصادرة عن اليونسيف بأنه الزواج في سن أقل من الثامنة عشر عاماً (اليونسيف، د، ن). وفي أغلب الأحيان، يستخدم «الزواج المبكر» بنفس معنى «زواج الأطفال»، ويشير إلى حالات زواج أشخاص دون سن الثامنة عشرة في البلدان التي يُبلَّغ فيها سن الرشد قبل ذلك أو عند الزواج. ويمكن أن يحيل الزواج المبكر أيضاً إلى حالات الزواج التي يكون فيها الزوجان معاً في سن الثامنة عشرة أو سن أكبر، لكن عوامل أخرى تجعلهما غير مستعدين للموافقة على الزواج، مثل مستوى نموهما الجسدي والعاطفي والجنسي والنفسي، أو قلة المعلومات عن خيارات الشخص في الحياة (دي الويس، 2008: 37).

أما مفهوم الزواج المبكر من الناحية الطبية والعلمية فهو الزواج قبل البلوغ، والزواج المبكر للفتاة هو زواجها قبل الحيض. وأما تسمية من تزوج قبل الثامنة عشر بأنه زواج مبكر؛ فهذا لا يستند إلى قاعدة علمية أو قاعدة شرعية لأن أمر الزواج مرتبط بالبلوغ، والبلوغ عند الفتاة هو الفترة الزمنية التي تتحول فيها الفتاة من طفلة إلى بالغة، وخلال هذه الفترة تحدث تغييرات فسيولوجية وسيكولوجية عديدة. إن البلوغ ليس بحدث طارئ وإنما هو فترة من الزمان قد تتراوح ما بين العامين والستة أعوام ويرتبط بعوامل جينية -أي وراثية-، وعوامل معيشية وصحية، وفي آخر هذه الفترة يحدث الحيض وعندها تصبح الفتاة بالغة (عفانة، 2000).

ثانياً: زواج القاصرات في العالم:

يُعد زواج الأطفال انتهاكاً لحقوق الإنسان، ورغم القوانين التي سُنت لمكافحة هذه الظاهرة فإنها تظل منتشرة، جزئياً، بسبب الفقر المزمن وعدم المساواة بين الجنسين. عالمياً، هناك أكثر من امرأة بين كل خمسة نساء -من سن (20 - 24)- عاماً تزوجن قبل عيد ميلادهن الثامن عشر، وأكثر من 650 مليوناً من النساء والفتيات اللاتي على قيد الحياة اليوم تزوجن وهن طفلات.

ولا يقتصر الزواج المبكر على المجتمعات الفقيرة؛ فالواقع يُثبت أن الزواج المبكر ظاهرة انتشرت في جميع أنحاء العالم على اختلاف القارات والثقافات والأديان، غير أنه ينتشر بنسب أكبر في الدول النامية كون الفقر أحد الأسباب



الرئيسة المؤدية إليه؛ حيث إن حوالي فتاة واحدة من أصل 3 فتيات في العالم النامي تزوجت دون سن 18. وهكذا، تحقق الفتيات الغالبية في الزواج دون سن 18 حيث وصلت النسبة إلى 82 %؛ ففي كل عام تتزوج 12 مليون فتاة دون سن البلوغ دون أي استعداد جسدي أو عاطفي (UNICEF, 2019).

وبحسب إحصاءات برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لعام 2016 فإن حوالي 15 مليون فتاة في الدول النامية تتزوج قبل بلوغها 18 عاماً، إلى جانب تنبؤات منظمة الصحة العالمية التي أوضحت مسبقاً أن أكثر من 14 مليون فتاة ستتزوج في الفترة بين 2011 و 2020 وأن 50 % منهم تحت سن 15 عاماً.

وثقت منظمة اليونيسف لعام 2019 العدد الكلي الذي يضم عدد الذكور والإناث الذين تزوجوا دون سن 18 ليصل إلى 765 مليون حالة، ووصل عدد المتزوجين من الأولاد والرجال الذين سبق لهم أن تزوجوا دون سن 18 إلى 115 مليون حالة. وتشكل جمهورية أفريقيا الوسطى أعلى النسب في انتشار زواج الأطفال الذكور؛ حيث بلغت النسبة فيها 28 %، تليها نيكاراغوا بنسبة 19 %، وأخيراً مدغشقر بنسبة 13 % (Wylie, 2019). وتتصدر الهند القائمة في عدد حالات زواج القاصرات بنسبة 47 % من عدد حالات الزواج.

وينتشر الزواج المبكر في المناطق الريفية بصورة أكبر منه في المناطق الحضرية، كما يختلف انتشار هذا الزواج بين المجتمعات الطائفية والقبلية؛ حيث وجد انخفاض في معدل زواج الأطفال عند بعض الجماعات القبلية مقارنةً بجماعات الأخرى (Unicef-irc, 2001: 4-5). وهناك ما يقدر بنحو 115 مليون فتى ورجل في جميع أنحاء العالم قد تزوجوا حين كانوا أطفالاً، 23 مليوناً منهم قبل سن 15 (اليونيسف). واستناداً إلى بيانات من 82 دولة، فإن العدد الإجمالي المقدر لحالات زواج الأطفال يصل إلى 765 مليوناً. وقد كشفت الدراسة لمنظمة اليونيسف أن زواج الذكور من الأطفال ينتشر في أفريقيا (جنوب الصحراء الكبرى) وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وجنوب وشرق آسيا والمحيط الهادئ.

ولا تزال الفتيات أكثر تأثراً بشكل غير متناسب بهذه الظاهرة؛ إذ إن شابة من كل 5 شابات تتراوح أعمارهن بين 20 و 24 تزوجن قبل بلوغهن 18 عاماً، مقارنة بشاب واحد من كل 30 شاباً. وقد حققت دول جنوب أفريقيا - في الصحراء الكبرى تحديداً - أعلى مستوى من انتشار الزواج المبكر بنسبة تبلغ 4 من كل 10 شابات. تليها دول جنوب آسيا؛ حيث تتزوج 3 شابات من أصل 10 قبل سن 18 عاماً. أما في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي فبلغت نسبة الزواج المبكر 25 %، وفي دول



الشرق الأوسط وشمال أفريقيا 18 %، وفي أوروبا الشرقية ودول آسيا الوسطى 11 % . أيضاً، هناك اختلاف جغرافي بين الدول التي ينشر فيها زواج الفتيات عن تلك الدول التي ينتشر فيها زواج الأولاد في سن مبكرة (Child marriage, 2019).

غير أن معدل الزواج المبكر انخفض بشكل كبير في دول جنوب شرق آسيا خلال السنوات العشر الماضية، فتحوّلت النسبة من 50 % إلى 30 %؛ فقد كان لدولة الهند تحديداً الدور الأكبر في هذا التقدّم، ويعود سبب ذلك إلى الاستراتيجيات التي تبنتها الحكومة الهندية من خلال زيادة معدل التعليم للفتيات، وزيادة الاستثمارات التي تستهدف فئة المراهقات، وبث رسائل توعوية على المستوى الوطني تستنكر شرعية زواج الأطفال وتوضّح مدى ضرره (2 - 3 : Wylie, 2019).

ثالثاً: زواج القاصرات في العالم العربي:

الشريعة الإسلامية هي القانون الوحيد الذي تخضع له الروابط والعلاقات بين الناس في العالم الإسلامي سواء في الأحوال الشخصية أو القضايا المدنية الأخرى. وعلى الرغم من وجود قوانين تحظر زواج الفتيات تحت سن 18 في بعض الدول العربية، فإن هذه القوانين تتخللها الكثير من الاستثناءات والتحايلات، إلى جانب الأعراف الاجتماعية التي ترى أن الزواج المبكر هو قاعدة اجتماعية، وأي حالة عكس ذلك تدخل ضمن التصنيفات الاجتماعية السلبية التي تنقص من قيمة المرأة.

وتبرز ظاهرة زواج الأطفال في الدول العربية وبالأخص في المناطق الريفية، بينما تقل في المناطق الحضرية حيث ترى الأسر أن الأولوية تعود إلى التعليم والعمل قبل الزواج، وفقاً لهذه الرؤية الاجتماعية، تبلغ نسبة الفتيات اللواتي يتزوجن في سن مبكرة في الأرياف ضعف تلك المسجلة في المناطق الحضرية.

في المنطقة العربية تنتشر هذه الظاهرة بنسب مختلفة؛ فقد سجلت السودان نسبة 52 %، وموريتانيا 35 %، واليمن 32 %، وفلسطين 21 %، وفي مصر 17 % . وتخفض النسبة نسبياً في لبنان حيث تمثل 6 % من حالات الزواج و2 % في تونس والجزائر.

يقارب معدل زواج الأطفال في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا المعدل العالمي، حيث يقع زواج واحدة من بين كل خمس نساء في المنطقة قبل سن الثامنة عشر، ويتم زواج طفلة من بين كل 25 قبل عيد ميلادها الخامس عشر. وهذا يعني، أن



الإقليم الآن يُعد الآن موطنًا لما يقارب من 40 مليون طفلة عروس، بما في ذلك الصغيرات المتزوجات الآن والنساء اللائي تزوجن وهن طفلات. وبحسب قواعد بيانات اليونيسف لعام 2019، فإن عددًا من النساء تتراوح أعمارهن بين 20-24 عامًا قد تزوجن أو أصبحن شريكات حياة قبل سن الثامنة عشر، وكانت النسب كالتالي: 17% في مصر، و13% في المغرب، و28% في العراق، و8% في الأردن، و6% في لبنان، و3% في الجزائر.

ومع أن أغلبية القوانين العربية قد حددت سن الزواج بـ18 عامًا، فإنها تسمح بتزويج القاصرات. وقد أكد ذلك تقرير أصدره مركز دراسات أميركي استنادًا إلى معطيات جمعتها وزارة الخارجية الأميركية، أن الدول العربية التي تحدد سن الزواج في 18 سنة، تسمح للوالدين أو الأوصياء بالموافقة على تزويج القاصرات دون السن الذي يحدده القانون. وقد يكون ذلك أحيانًا تحت مبرر «مصلحة الفتاة». وأظهر التقرير أنه حتى في الدول التي تحدد السن الأدنى لزواج الفتيات في 18 عامًا -مثل المغرب وتونس وموريتانيا ومصر والأردن- تبقى نسبة زواج القاصرات منتشرة فيها بشكل متفاوت خاصة في المناطق الريفية.

وقد نصت الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل عام 1989 على أن كل إنسان لم يتجاوز سن 18 يعد طفلًا، وتزويج الأطفال في هذه السن لا يتماشى مع الاتفاقيات الدولية وحقوق الإنسان. مع ذلك، هناك بعض الدول تسمح قوانينها بتزويج الفتيات دون الـ18، منها: مملكة البحرين التي يحدد قانونها السن الأدنى للزواج بـ15 سنة للفتيات و18 للذكور، ودولة الكويت التي تحدد السن الأدنى للزواج بـ15 سنة للإناث و17 سنة للذكور. وكذلك لبنان بحسب قانونها يمكن للفتيات أن يتزوجن في عامهن الـ17، بينما يتزوج الشبان في عامهم الـ18، وفي العراق يكون الحد الأدنى لزواج الفتيات هو 15 سنة مع ضرورة موافقة الوالدين. أما قطر فيمكن أن تتزوج الفتاة حسب القانون القطري في عامها الـ16، ولا يحدد قانون السعودية سنًا معينًا للزواج، ويفتي بعض العلماء فيها بإمكانية تزويج طفلة في عامها العاشر.

وفي قوانين المغرب العربي (تونس والمغرب والجزائر)، نجد أن تشريعات البلدان الثلاثة تضع شروطًا خاصة فيما يتعلق بسن الزواج؛ ففي المغرب -وطبقًا للفصل الثامن من الدستور- تكمن أهلية النكاح في الفتى بإتمامه الثامنة عشرة من عمره، وفي الفتاة إتمام سن الخامسة عشرة. وفي الجزائر، بحسب الفقرة الثانية من القانون الصادر في 29 حزيران 1968، هناك سن قصوى يحددها القانون للزواج؛ فالرجل يتزوج ابتداءً من سن الثامنة عشرة كاملة، والمرأة عند



سن السادسة عشرة. أما في تونس فإن الفصل الخاص من مجلة الأحوال الشخصية يمنع زواج الرجل ما لم يبلغ عشرين سنة كاملة، وزواج المرأة ما لم تبلغ سن السابعة عشر كاملة. وهنا تجدر الإشارة إلى أمرين:

أولهما: أن كل طفل قاصر لا يستطيع أن يتزوج إلا بموافقة ولي أمره (سن الرشد 20 و18 سنة بالنسبة للجزائر والمغرب).

وثانيهما: أن من كان عمره دون السن القانونية للزواج فإن تشريعات البلدان الثلاثة تفترض ترخيصاً خاصاً من القاضي الذي بدوره لا يسند هذا الترخيص لأسباب خطيرة يجب فيها الأخذ بالاعتبار المصلحة العامة، والمصلحة الخاصة للزوجين (شقيير، 1981: 66).

تعد منطقة الدول العربية في الوقت الحالي غير مستقرة بصورة كبيرة، حيث الصراعات المتواصلة والأوضاع الإنسانية الصعبة تعرّض النساء والفتيات لخطر العنف والزواج المبكر. وفي ظل انعدام الأمن، والخطر المتزايد للعنف القائم على النوع الاجتماعي، وانهيار حكم القانون، قد تنظر الأسر إلى الزواج المبكر باعتباره آلية تكيف للتعامل مع الضائقة الاقتصادية المتزايدة، ولحماية الفتيات من العنف، أو لحماية شرف الأسرة من تفكك الشبكات الاجتماعية. وتزداد وتيرة الزواج المبكر بين النازحين داخليا أكثر منه عند المستقرين في بيوتهم ولم يتعرضوا للزواج جراء الصراع. بالإضافة إلى هذا، يتم استغلال زواج الأطفال بوصفه «تكتيكا» في المنازعات.



الفصل الثالث

زواج القاصرات في اليمن

يتناول الفصل الحالي موضوع القاصرات في اليمن، وواقعه، وأسبابه، والتشريعات والقوانين الدولية والتشريعات اليمنية التي اهتمت به.

1- زواج القاصرات في اليمن:

شُرع الزواج المبكر في القانون اليمني، واستصدرت القوانين الخاصة بذلك لا سيما فيما يتعلق بالمرأة؛ فحدد سن الزواج بـ15 عاماً للفتاة وبـ18 عاماً للفتى، وأصدر القانون رقم (20) لسنة 1992 الخاص بالأحوال الشخصية الذي شجع على الزواج المبكر، وحدد في مادته رقم (15) سن الزواج بـ15 عاماً للفتاة، ويترتب على هذه السن أن لمن بلغ خمسة عشر عاماً الحق في جميع الحقوق المدنية وإجراء العقود ومن ضمنها عقد الزواج (صائم، 2004: 88).

من وجهة نظر المجتمع اليمني، يمثل الزواج المبكر أهمية بالغة في بنية المجتمع من خلال الآتي:

- حماية الشباب من الانحراف.
- تحقيق رغبة المجتمع في الإنجاب الكثير.
- الخوف من العنوسة.
- تحقيق للأهل القدرة الكاملة في اختيار العريس لابنتهم نتيجة لصغر سنها.
- تخليص كثير من الأسر - خاصة الفقيرة منها - من عبء الفتاة المادي وتنقل ذلك العبء إلى الزوج (أطفال اليمن، 1994: 27).
- إيجاد علاقات اجتماعية قديمة لا زالت مهيمنة، كالنسب وزواج البدل وغيرها؛ فتقوم الأسرة بتزويج بناتها على هذا الأساس.
- إبقاء الفتاة الصغيرة في هذه العلاقة الزوجية أكثر طاعة لزوجها ولأسرته.
- اكتساب الفتاة خبرات الحياة الزوجية والمنزلية مبكراً (صائم، 2004: 77).

واليمن واحدة من البلدان العربية التي ينتشر فيها زواج القاصرات على نطاق واسع. ووفقاً لبيانات صدرت عن الأمم المتحدة والحكومة اليمنية، فإن نحو 14% من الفتيات اليمنيات يتزوجن وهن دون الـ15 عاماً، بينما يتزوج 52% منهن وعمرهن 18 عاماً، وفي بعض المناطق الريفية تتزوج الفتيات في الثامنة من



عمرها. وأحياناً تُجبر الفتيات على الزواج من رجال أكبر منهن بكثير، ونادراً ما يُجبر الصبية على الزواج في سن الطفولة.

وبحسب تقرير للمركز الدولي للدراسات، حلت اليمن في المرتبة 13 من بين أسوأ 20 دولة في زواج القاصرات، وتصل نسبة الفتيات اللاتي يتزوجن دون الثامنة عشر إلى 48.4 %، إلى جانب وجود الفجوة بين الزوجة وزوجها. وتختلف المناطق من حيث تركيز تزويج القاصرات، وتتفاوت النسب من منطقة إلى أخرى؛ فهذه الظاهرة منتشرة بشكل أكبر في الريف، الذي ينتمي إليه نحو 70 % من إجمالي سكان اليمن، البالغ أكثر من 24 مليون نسمة، غالبيتهم من الإناث، بحسب مؤشرات منظمة سياج. وأوردت دراسة ميدانية أعدها مركز دراسات المرأة والتنمية في جامعة صنعاء أن 52 % من الإناث تزوجن قبل سن الـ15. وأظهر المسح القاعدي لعام 2000 أن 24.6 % من النساء الريفيات في اليمن تزوجن بين سن الـ10 والـ14 عاماً.

وتزداد سنوياً نسبة زواج القاصرات في اليمن، خصوصاً بعد عام 2009. كما تشير البيانات الرسمية إلى أن اليمن تشهد 8 حالات وفاة يومياً لقاصرات بسبب الزواج المبكر والحمل والولادة. وتظهر دراسة لمركز الرصد والحماية للطفولة أن ما لا يقل عن 60 % من الفتيات اليمنيات يتزوجن قبل بلوغ الثامنة عشرة من عمرهن، في حين تتزوج أخريات بنسبة تتراوح ما بين 30 % و40 % قبل بلوغهن 15 عاماً.

وتزداد نسبة زواج الأطفال في المناطق الريفية حيث الجهل والفقر أكثر انتشاراً. الفقر المقترن في حالات كثيرة بالجشع واعتبار بعض الأسر إنجاب البنات مشروعاً استثمارياً قد يدر على الأسرة مبلغاً جيداً من المال مستقبلاً، أو اعتبار الفتاة عاراً وفضيحةً يتوجب مداراتها بالزواج، وفي أحسن الأحوال يحدث زواج الصغيرات بداعي الخوف على الفتاة. ولا توجد إحصائيات موثقة لمثل هذه الزيجات، غير أن تقريراً من مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA) أفاد أن 52 % من الفتيات والنساء اليمنيات تزوجن قبل سن 18 عاماً في العام 2017، وأن عدد الحالات تضاعف ثلاث مرات بحلول العام 2018.

وفي العام 2014، تبين من المسوح السكانية التي أجراها المجلس الوطني للسكان ارتفاعاً في متوسط سن الزواج الأول في اليمن، وتراجعاً في ظاهرة الزواج المبكر لدى النساء عما كان عليه في تسعينيات القرن الماضي. وأكد تقرير للمجلس الوطني للسكان اليمني أن متوسط الزواج الأول ارتفع خلال العشر سنوات الأخيرة ليصل إلى 23 عاماً بعد أن كان 17 عاماً في تسعينيات القرن الماضي.



وأرجع التقرير أسباب ارتفاع المعدل العمري المتوسط لسن الزواج وتراجع ظاهرة الزواج المبكر إلى ارتفاع مستوى التعليم لدى الإناث. وأشار التقرير أيضًا إلى أن متوسط سن الزواج للفتاة الحاصلة على الثانوية العامة قد ارتفع إلى 24 عامًا مقابل 21 عامًا للفتاة الأمية، لكنه يؤكد أن هذا التطور الحاصل في مستوى الزواج المبكر لا ينفي وجود حالات من هذا النوع (زواج القاصرات)؛ إذ تبين مؤشرات مسح عام 2003 أن 7% من الفتيات يتزوجن في سن مبكرة (المجلس الوطني للسكان، الأمانة العامة، 2014).

وكانت الشبكة اليمنية المناهضة للعنف ضد المرأة (شيماء) بالتعاون مع اتحاد نساء اليمن، قد أطلقت عام 2005 أول حملة ثقافية؛ للتعريف بمخاطر الزواج من فتاة قاصر، وانعكاساته الصحية والنفسية والاجتماعية. وبينت نتائج الدراسة التي قامت بها أن العامل الرئيس الذي يقف وراء ظاهرة الزواج بالقاصرات هو انتشار توجهات ثقافية مؤيدة للزواج، والاعتقاد أن البنى الاجتماعية في بعض المحافظات اليمنية تتسم بالتقليدية، حيث لا تتوفر فرص كبيرة للحراك الاجتماعي، الأمر الذي يؤدي إلى تدني مستويات طموح الأفراد، الذين ينتمون إلى فئات اجتماعية فقيرة أو مهمشة، في تحسين أوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية.

وعزت الدراسة ارتفاع معدلات زواج الأطفال إلى تزايد مستويات الفقر والرغبة في التخلص من مسؤولية الفتاة، بالإضافة إلى تسرب الفتيات من المدارس قبل إكمال مرحلة التعليم الأساسي؛ فنحو 52% من الفتيات اليمنيات تزوجن دون سن الخامسة عشرة خلال العامين الأخيرين، مقابل 7% من الذكور تزوجوا دون هذا السن. وترتفع نسبة الأمية بين المتزوجات القاصرات إلى أكثر من 43%.

في يناير من عام 2015، وبعد ضغوط من النشطاء الحقوقيين، حددت اليمن حدًا أدنى لسن الزواج، وهو 18 عامًا، في دستور جديد وضعته البلاد. وانطلقت في اليمن حملات كثيرة ضد الزواج المبكر، نجحت إحداها في فرض مسودة قانون على البرلمان لكن تم الاعتراض عليها من كثيرين فلم يتم تحويلها إلى قانون. ونتيجة للظروف التي تعيشها اليمن، لم تر هذه المسودة النور.

وعلى الرغم من أن اليمن قد صادقت في العام 1991 على اتفاقية حقوق الطفل التي تعرّف زواج الأطفال بأنه الزواج الذي يكون أحد طرفيه أو كليهما دون سن 18 عامًا؛ فإن زواج الأطفال يعد من التقاليد التي تشكل النسيج المجتمعي القبلي للبلاد وقد ازداد مع وقوع الصراع واستمراره. كما تسبب النزوح في رفع



معدل حالات زواج الأطفال، واعتبر تزويج الفتيات تخفيفاً من العبء الاقتصادي على الأسر النازحة. وبحسب تقرير لمنظمة اليونيسيف 2017، فإن أكثر من ثلثي الفتيات في اليمن تزوجن قبل سن 18 عاماً مقابل 50 % قبل بداية الصراع.

وكشفت دراسة حديثة عن تأثير النزوح في معدلات زواج الأطفال في اليمن أن الفتيات النازحات اللائي عايشن الصراع لمدة أطول هن أكثر عرضة لخطر زواج الأطفال مقارنة بغيرهن، وأن نسبة الفتيات النازحات من محافظة صعدة تزيد بأربعة أضعاف احتمالات الزواج المبكر لديهن مقارنة بالفتيات النازحات من المناطق الأخرى؛ فصعده من المحافظات التي شهدت أول أحداث الصراع. وهذا يعني أنه كلما طال أمد الحرب ارتفع معدل زواج الأطفال.

ووفقاً للإحصائيات، يوجد بين كل 4 زيجات زواج يكون فيه الزوج أكبر من الزوجة بنحو 25 عاماً، وكثيراً ما يتضمن الفارق العمري عنفاً منزلياً وإساءات وغيرها؛ بحيث تضطر الكثير من المنظمات النسائية في اليمن إلى التعامل مع العديد من هذه الحالات.

وبالرغم من الجهود الحكومية لمواجهة هذه الظاهرة، فإن القضاء عليها أصبح معقداً؛ لأنها ظاهرة يتداخل فيها الجانب القبلي بالاقتصادي والاجتماعي. وكانت دراسات يمنية عديدة قد أشارت إلى أن الكثير من العائلات، تزوج بناتها القاصرات، خوفاً من اختطافهن في إطار الصراعات القبلية، أو مقابل فدية أو دية أو انتقام. كما يتم تزويجهن في إطار التخلص من العبء المالي المخصص لإعالتهن أو دراستهن، خاصة إذا كانت العائلات فقيرة.

وكشفت عدد من المؤسسات الحقوقية الدولية أن زواج القاصرات في اليمن تسبب في إزهاق أرواح العشرات من الفتيات الصغيرات في السن. وعلى مر السنوات الماضية، حاول العديد من النشطاء والمؤسسات الحقوقية المعنية بالدفاع عن حقوق الطفل حمايتهن ومنع هذا النوع من الزواج، لكن مع الأسف لم تنجح محاولاتهم حتى الآن.

يعد زواج القاصرات ظاهرة منتشرة في أوساط المهمشين، وفق دراسة حديثة خاصة عنهم، صادرة في أيلول/ سبتمبر 2021 عن مركز صنعاء للدراسات الاستراتيجية، ومقتصرة على محافظات تعز وصنعاء وعدن، كان من أهم نتائجها أن نسب تزويج فتيات من سن 10 إلى 18 سنة كالآتي: 17.9 % من إجمالي عدد الفتيات المهمشات في مدينة تعز عام 2014، وفي العاصمة صنعاء 27 % حتى عام 2020، وفي عدن بلغت النسبة 6 %.



وأشارت الدراسة إلى أن هناك ارتفاعاً في معدلات الزواج المبكر في أوساط المهمشين في عموم محافظات اليمن، لا سيما خلال سنوات الحرب. فيما تقدر منظمة اليونيسف أن أكثر من 4 ملايين طفل من جميع فئات المجتمع تزوجوا قسراً في البلاد عام 2021.

1 . أسباب انتشار زواج القاصرات في اليمن:

تختلف الأسباب التي تقف خلف انتشار ظاهرة زواج القاصرات من مجتمع إلى آخر؛ وهذا طبيعي بحكم التغيرات المختلفة التي تشهدها المجتمعات من النواحي الاجتماعية والاقتصادية والثقافية. وتتعدد الأسباب؛ فمنها ما يتعلق بالأسرة وظروفها الخاصة وبأوضاعها الاقتصادية، ومنها ما يتعلق بثقافة المجتمع والموروثات الاجتماعية من عادات وأعراف.

ولظاهرة الزواج المبكر في اليمن خصوصيتها؛ لارتباطها بالعادات والتقاليد اليمنية، وبالجانب الديني للمجتمع اليمني الذي ينظر إلى الزواج على أنه واجب ديني، وإحصان للرجل والمرأة من الوقوع في الخطأ (الفاحشة). وتقف خلف نشوء هذه الظاهرة واستمرارها مجموعة من الأسباب، أهمها ما يأتي:

- أ- العادات والتقاليد: تلعب العادات والتقاليد دوراً بارزاً ومؤثراً في هذا النوع من الزواج، إذ عادة ما تتم أمور الزواج بين الأسر، وبعيداً عن رغبة الفتاة نفسها، وهذا يؤدي إلى تزويج الفتاة الصغيرة السن حفاظاً على العلاقات الأسرية البينية، واعتبار الزواج وسيلة لإنجاب عدد أكبر من الأبناء. كما يرون في هذا الزواج المبكر صيانة لشرف الفتاة والأسرة والمجتمع (الأحيول؛ وبشير، 2022: 39)؛ فالأسرة تعتبر وجود الفتاة عبئاً عليها من النواحي المادية والاجتماعية، ويصبح هم الأسرة الوحيد تزويجها لأول طالب للزواج بحجة سترها، أو من باب المحافظة عليها فيكون الخوف عاملاً وسبباً في تزويج الفتاة في سن صغيرة (الفايز، 2012: 5).
- ب- التمييز بين الذكور والإناث: تصاب الأسرة بخيبة الأمل ترافق ولادة الطفلة، ويتم التمييز الجنسي بين الصبي والفتاة؛ فهذه النظرة التمييزية تضع الفتاة في وضع أسوأ من حيث ضياع فرص التعليم، والمعاناة من التمييز والقهر المجتمعي والعائلي بأشكال مختلفة، وترى الأسرة أن الطفلة متى ما وصلت إلى سن العاشرة أصبحت بالغة - أي فتاة - فتبدأ بإحاطتها بالقيود من كل الجهات تحت عنوان الحفاظ على شرف العائلة (عبد الله، ب. ت: 6).
- ج- الفقر: يعد الفقر من أهم الأسباب التي تدفع الأهل والفتاة إلى الزواج، إما



رغبة من الأهل في تحسين وضعهما المالي، أو سعياً إلى سداد ديون الأسرة، أو هرباً من البطالة، أو تخففاً من أعباء الإنفاق على الفتاة والهروب من تعليمها، أو رغبة من الفتيات أنفسهن في مساعدة أسرهن اقتصادياً.

وترى الأمم المتحدة أن الأسباب المؤدية إلى الزواج المبكر متعددة، ومنها الفقر ورغبة الأهل في حماية الفتيات من الوقوع في الرذيلة، والحاجة إلى الاستقرار في فترات عدم الاستقرار الاجتماعي. وقد ذكرت إحدى دراسات اليونيسف أن زواج فتاة منتمية إلى أفقر الأسر هو أكثر احتمالاً من زواج فتاة منتمية إلى أغنى الأسر بثلاثة أضعاف. وتبين دراسة عن المراهقين أعدها صندوق الأمم المتحدة للسكان أن 80% من أفقر الفتيات يتزوجن قبل بلوغ الثامنة عشر من العمر مقارنة بـ 22% من أغنى الفتيات في نيجيريا (المؤتمر الخامس للشرطة والقانون، 2015).

فالفقر واحد من الأسباب المهمة المؤدية إلى التعجيل بزواج الفتيات الصغيرات إلى جانب أسباب أخرى تدفع الأسرة إلى ذلك، ومنها:

- ميل الفقراء إلى تزويج بناتهم في سن مبكرة للتخفيف من الأعباء المالية وتكاليف التعليم.
- ترى معظم الأسر اليمنية أن الزواج المبكر للفتاة هو ضمان وصيانة لشرف العائلة.
- تعاني الأسر ذات العدد الكبير من الأطفال والمتدنية الدخل من ضغط المعيشة؛ لهذا تقوم بتزويج الفتاة وهي صغيرة السن لتتخلص من أعبائها.
- التسرب من التعليم هو أحد أسباب الزواج المبكر؛ فالأسرة المتعلمة لا تزوج أبنائها إلا بعد إكمال مراحل الدراسة، والأسر غير المتعلمة أو المتوسطة التعليم تزوج أبنائها في سن مبكرة خاصة في المناطق الريفية (عبد الله، ب. ت: 6).

د- انتشار بعض المفاهيم الخاطئة: مثل السترة والعنوسة والشرف، وإصاقها بالفتاة، واعتبار الزواج الإطار الحامي لشرف العائلة، والضمنان لسلامة الفتاة من أي انحراف أخلاقي قد يُسيء إلى سمعة العائلة ووضعها الاجتماعي؛ فالمفاهيم المنتشرة في بعض البيئات حول السترة وحماية الشرف وما إلى ذلك، تجعل الزواج في مثل هذه الحالات هو الحامي من الانزلاق في الرذيلة التي يمكن أن تسيء إلى الفتاة وأهلها على حد سواء. وانتشار هذا المفهوم أمر أكدت عليه منظمة اليونيسف في إحدى دراساتها حيث ذكرت «أن الأسر تعتبر الزواج المبكر في بعض البلدان كوسيلة لوقاية الفتيات من ممارسة الجنس



قبل الزواج، مما يمكن أن ينال من شرفهن وشرف أسرهن» (المؤتمر الخامس للشريعة والقانون، 2015).

هـ - تكريس الدور النمطي للمرأة: في أن عملها الرئيس يجب أن يكون تكوين الأسرة وتربية الأطفال، وأنها يجب أن تتولى هذا الدور مبكراً لضمان نجاحه، وفق معايير يضعها المجتمع، وغالباً لا يكون للفتاة رأي فيه. إضافة إلى رسم معايير محددة للفتاة تعزز فكرة الزواج المبكر، وتحصر الزواج على صغيرات السن، وتعتبره الإنجاز الأهم لأي فتاة. فالصورة السيئة السائدة في المجتمع عن النساء اللواتي يتأخرن في الزواج وتقل حظوظهن تسهم في زيادة خوف الأهل، وتزيد من رغبتهم في تزويج الفتيات في سن مبكرة خوفاً من تهكمات المجتمع. و- وجود بعض التيارات الدينية والمجتمعات التي تشجع الزواج المبكر بناءً على تعاليم دينية، أو أعراف وتقاليد معينة.

ز- النزاعات المسلحة والحروب الأهلية وما يرافقها من نزوح أو تشرد قد يؤدي إلى تزويج الفتيات مبكراً خوفاً عليهن من الوقوع في الأسر (المؤتمر الخامس للشريعة والقانون، 2015).

ح- المستوى التعليمي والثقافي: فالتغيرات التي تحدث في المجتمع تؤدي إلى إحداث تغييرات في جوانب أخرى، ومنها النظرة إلى الزواج -وفقاً لآراء بعض علماء الاجتماع- من أنه كلما حدث تغير ثقافي داخل المجتمع -سواء كان مادياً أو معنوياً- أدى إلى إحداث تغييرات اجتماعية في العادات والتقاليد والأعراف (الأحيول؛ وبشير، 2022: 23).

2. زواج القاصرات في ظل التشريعات والقوانين الدولية:

إن علاقة القانون والمجتمع بعضهما ببعض هي علاقة أساسية وممتينة؛ فلا يوجد قانون بلا مجتمع، كما أنه لا وجود لمجتمع بدون قوانين تحكمه. ويؤكد الدكتور محمد حسين في كتابه تاريخ النظم القانونية وجود ارتباط وثيق بين القانون والمجتمع؛ إذ يظل القانون متأثراً بالمجتمع الذي نبت فيه، وكذلك يؤثر القانون في المجتمع الذي يحكمه، فالعلاقة بينهما علاقة تأثير وتأثر.

ويمثل القانون مجموعة من القواعد والأسس التي تنظم سلوك الأفراد في المجتمع وتجبرهم على اتباعها ولو بالقوة عند الاقتضاء. ولا يمكن تخيل وجود مجتمع ناجح وقابل للعيش بسلام دون وجود قواعد قانونية آمرة ومكتملة، تحكم سلوك الأفراد فيه وتنظمه، مع وجوب أن تراعي هذه القواعد جميع التطورات والتغيرات التي تحدث في المجتمع؛ لأن عدم وجود قواعد قانونية تحكم سلوك الأفراد سيؤدي حتماً إلى



سيادة الفوضى وضياع الحقوق والحريات، فالقانون هو الذي يضع القواعد التي تحدد واجبات الأفراد وحقوقهم والجزاء المناسب على من يُخالف القواعد والأسس القانونية.

➤ الاتفاقيات الدولية:

إن الميثاق والمعاهدات الدولية التي أقرها مجلس الأمم المتحدة ما هي إلا نتيجة لدراسات واقعية للأوضاع التي تعاني منها المرأة في العديد من دول العالم، وخصوصاً في الدول النامية وفيما يلي تقديم بعض الاتفاقيات التي حددت سن الزواج، وهي كالاتي:

1- اتفاقية حقوق الطفل:

اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1989، وصادقت عليها اليمن في الأول من مايو 1991. وتنص المادة (1) لعام 1991 أن الطفل هو «كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشر ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه».

2- اتفاقية سيداو:

تنص الفقرة (2) من المادة (16) من اتفاقية سيداو التي صادقت عليها اليمن في الثلاثين من مايو 1984 على أنه «لا يكون لخطوبة الطفل أو زواجه أي أثر قانوني وتتخذ جميع الإجراءات الضرورية، بما في ذلك التشريعي منها؛ لتحديد سن أدنى للزواج، ولجعل تسجيل الزواج في سجل رسمي أمراً إلزامياً». وكانت المادة (15) من قانون الاحوال الشخصية من الاتفاقيات التي اعتمدها اليمن ووقعت عليها، لكننا نجد أن التشريع اليمني قد تغافل عنها عند إجراء التعديلات (حمزة، د. ت: 29-30).

وتتبع هذه الاتفاقية توصية رقم (21) «لجنة القضاء على التمييز ضد المرأة» التي أوردت بأن «الحد الأدنى للزواج ينبغي أن يكون 18 سنة للرجل والمرأة. وهذا الحد لسن الزواج يتماشى مع تعريف الطفل المنصوص عليه في اتفاقية حقوق الطفل» (المؤتمر الخامس للجمعية التشريعية والقانون، 2015).

3- مؤتمر الدولي للسكان والتنمية - القاهرة 1994:

جاء في التقرير الصادر عنه: «على الحكومات أن تتوخى الدقة في إنفاذ القوانين التي تكفل عدم الدخول في الزواج إلا بإرادة حرة، وبالموافقة التامة من قبل الزوجين المقبلين عليه».



4- مؤتمر نيروبي 1985:

في هذا المؤتمر العالمي تم استعراض وتقييم منجزات عقد (اتفاقية) الأمم المتحدة للمرأة والتنمية والسلم الذي جاء فيه: «وتسليماً أن الحمل الذي يحدث للمراهقات -سواء المتزوجات منهن أو غير المتزوجات- له آثار ضارة بالنسبة للأمراض الأم والطفل ووفياتهما، ويهاب بالحكومات أن تضع سياسات لتشجيع التأخير في إنجاب الأطفال. وينبغي للحكومات بذل الجهود لرفع سن الزواج في البلدان التي ما زالت فيها هذه السن منخفضة جداً».

5- المؤتمر الدولي للسكان عام 1994:

ورد فيه أنه: «ينبغي على الحكومات... أن تزيد السن الأدنى عند الزواج حيثما اقتضى الأمر، وعلى الحكومات والمنظمات غير الحكومية توفير الدعم الاجتماعي اللازم لإنفاذ القوانين المتعلقة بالسن الأدنى الشرعي عند الزواج ولا سيما بإتاحة بدائل تغني عن الزواج المبكر من قبيل توفير فرص التعليم والعمل».

6- المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة (بيجين، 1995):

ونصت المادة (274) من وثيقته على سن القوانين المتعلقة بالحد القانوني الأدنى لسن الرشد والحد الأدنى لسن الزواج، وعلى تطبيق تلك القوانين بصرامة، ورفع الحد الأدنى لسن الزواج عند الاقتضاء.

وحرص المؤتمر -للتأكيد من أجل ضمان مراقبة تنفيذ الدول لتوصياتها- على الطلب من المنظمات النسوية العمل على حث الحكومات على رفع سن الزواج، والعمل على «توليد الدعم الاجتماعي، من جانب الحكومات والمنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية؛ لإنفاذ القوانين المتعلقة بالحد الأدنى القانوني لسن الزواج...» (المؤتمر الخامس للشيعة والقانون، 2015).

➤ زواج القاصرات في ظل القانون والتشريعات اليمنية:

إن القانون اليمني اليوم وليد عدد من التغييرات والتعديلات التي مر بها وقد جاء موحداً لما كان في شطري اليمن قبل الوحدة اليمنية، حيث كانت قوانين قبل الوحدة تشترط زواج القاصرات كلاً في حده؛ ففي المحافظات الشمالية وجد قانون الأسرة الذي نص في مادته (20) على أنه: «يشترط رضا المرأة، ورضا البكر سكوتها، ورضا الثيب نطقها، ولا ينفذ عقد الولي للبالغة إلا برضاها، وعقد ولي الصغيرة لها صحيح شريطة موافقتها عند الزفاف، ولا يجوز الخلوة بها ولا



زفافها ولا الدخول بها إلا إذا بلغت سنًا لا تقل عن ستة عشرة سنة هجرية، على أن تكون صالحة للوطء. ويعاقب من يخالف أحكام هذه المادة بالحبس مدة لا تقل ولا تزيد عن ثلاث سنوات، بالإضافة إلى أورش ما يكاد لها من جنابة وما يترتب على ذلك من غرامة».

في حين كان قانون الأسرة الصادر عام 1974 في المحافظات الجنوبية والشرقية يحدد السن الأدنى للزواج بستة عشر عاماً للفتيات وثمانية عشر عاماً للفتيان، وهذا القانون يصرح بتحديد سن الزواج.

وبعد إعادة توحيد اليمن عام 1990 صدر قانون الأحوال الشخصية رقم (20) سنة 1992 حيث نصت المادة (15) من هذا القانون على أنه «لا يصح تزويج الصغير، ذكراً كان أو أنثى، دون بلوغه خمس عشرة»؛ حيث حدد هذا القانون الحد الأدنى للزواج دون تفرقة بين الفتى والفتاة (حمزة، د. ت: 28، 29).

وتضمنت الاستراتيجية الوطنية لإدماج الشباب في التنمية، أنه من ضمن القضايا والمشكلات الرئيسية في المجال النفسي والاجتماعي، «إقدام الآباء على تزويج أبنائهم دون مراعاة نضج الشباب وقدرته على القيام بأعباء الحياة الزوجية».

كما جاء ضمن الاستراتيجية المقترحة «إطلاع صانعي القرار على الآثار الصحية والنفسية والاجتماعية للزواج المبكر والإنجاب المبكر والمتأخر ومزايا المباعدة بين المواليد؛ وذلك بغية إعادة النظر بالتشريعات والقوانين الناظمة للسن الدنيا للزواج ولتوفير خدمات الصحة الإنجابية جيدة النوعية للمتزوجين من الشباب» (وزارة الشباب والرياضة، 1998: 16 - 19).

وبموجب التعديلات التي جرت عام 1998م تم تعديل المادة (15) بصيغة ألغت تحديد سن الزواج الذي كان من المبادئ المستقرة في القوانين اليمنية، حيث نصت هذه المادة بعد تعديل 1998م على أن «عقد الصغيرة بها صحيح، ولا يمكن المعقود من الدخول بها ولا تزف إليه إلا بعد أن تكون صالحة للوطء، ولو تجاوز عمرها خمسة عشرة سنة، ولا يصح العقد للصغير إلا لمصلحة». ويعد هذا النص تراجعاً عما كان مقرراً في النص قبل التعديل؛ لأنه كان يمنع زواج الصغير (حمزة، د. ت: 28، 29).

وفيما يتعلق بظاهرة الزواج المبكر، جاء من ضمن التوجهات الحكومية ضمن البرنامج العام للحكومة 2003 ولمواجهة النمو المتسارع للسكان، التركيز على الآثار الناتجة عن الزواج المبكر والمتمثلة في مسألة الحمل والإنجاب المبكرين، والاهتمام بالعمل على «تعزيز برامج التوعية متعددة الاتجاهات لأحداث تغيير



سلوكي في جوانب الإنجاب المبكر والمتأخر والمتقارب، والوعي بمتطلبات وحجم الأسرة المرغوبة» (البرنامج العام للحكومة، 2003: 11).

ونظراً لعدم جدية المُشرِّع في تفعيل النص حقيقياً، فإنه لم يشترط إجراء العقد بواسطة المأذون الشرعي أو المحكمة حتى يتم مراقبة تطبيق النص، ولكنه مفيدٌ في حال وجود خلاف على تزويج الصغيرة أو الصغير، وهذا سيتضح عند شرح بعض النماذج من القضايا. وقد ازداد الأمر سوءاً حين جاء تعديل نص المادة (15) في عام 1999 منفرداً؛ ليجيز تزويج الصغيرة أو الصغير أياً كان عمرهما.

وقد كان موقف المشرع واضحاً في تشجيع الزواج المبكر، بالرغم من أن هذا التشجيع جاء بعد مصادقة اليمن على الكثير من المواثيق والمعاهدات الدولية آخرها اتفاقية حقوق الطفل التي حددت سن الطفولة بثمانية عشر عاماً. ومن ثم فإن المشرع قد تجاهل جميع النصوص الملزمة له دولياً.

لقي هذا التعديل احتجاجاً من النشطاء في حقوق المرأة وحقوق الإنسان الذين قدموا مذكرة مناشدة في نهاية عام 1997 عندما شرع البرلمان بالمصادقة على تعديل القرار بقانون رقم (20) المجيز لتزويج الصغيرة. وبالفعل، أوقفت المصادقة على القانون وأعادته الرئيس مع الملاحظات التي وضعها النشطاء إلى البرلمان لتغيير التعديل الذي تم في عام 1997.

ثم في عام 1998، صوت البرلمان على التعديل بعد الاطلاع على رسالة الرئيس والملاحظات، ولم تكن المادة (15) من ضمن المواد المعدلة وظلت في أدرج البرلمان، ثم مُرِّرَ التعديل الخاص بهذه المادة في عام 1999 مع قوانين أخرى، وهكذا تم تمرير التعديل بتزويج الصغيرة برغم كل المحاولات لمنع (المجلس الأعلى للمرأة، د. ت: 17، 18).

وجاء من ضمن أهداف السياسة الوطنية للسكان هدفان لهما علاقة بالزواج المبكر، هما الهدف السابع الذي ينص على «تخفيض درجات التعرض لمخاطر الولادات المتقاربة والمتكررة وحدوثها في الأعمار المبكرة والمتأخرة»، والهدف الحادي عشر الذي ينص على «العمل الجاد لتعزيز صحة جميع الأطفال والشباب والمراهقين ورفاههم وإمكاناتهم، وتلبية الاحتياجات الخاصة بهم، مع إيلاء الاعتبار الواجب لقدراتهم الأخلاقية وتقديم الدعم لهم على صعيدي الأسرة والمجتمع وتوعيتهم بمخاطر الإنجاب المبكر والمتأخر وحالات الحمل عالية الخطورة، وتوجيه قدراتهم لتوصيل المعلومات والخدمات والصحية والاجتماعية والثقافية للسكان، بما فيها المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة والأمراض المنقولة عن طريق ممارسة الجنس بما في ذلك الإيدز»



(المجلس الوطني للسكان، 2001-2025: 14 - 17).

كذلك، تُضمّن برنامج العمل السكاني في مجال صحة الأمومة نشر الوعي بين الأسر (رجالاً ونساءً) عن فوائد الإنجاب في الأعمار الآمنة (20 - 35 سنة)، وبفواصل زمنية لا تقل عن ثلاث سنوات (المجلس الوطني للسكان، 2001 - 2025: 11).

كما أنه لا توجد إحصائيات في المحاكم تثبت كم يجب أن تكون أعمار النساء عند زواجهن. وقد تم الاطلاع على سجلات توثيق الزواج في المحاكم وتبين أن السجل يحتوي على المعلومات التالية: اسم الزوج - اسم الزوجة - الشهود - الكاتب - المهر. ولا توجد خانة في السجل يُذكر فيها عمر الزوجين. وكذلك في سجلات النساء اللاتي يطلبن الطلاق أو النساء ممن يقعن في مشاكل مع أزواجهن، ولم توجد سجلات متكاملة لإثبات حالات الزواج حتى يتسنى لنا معرفة العمر الذي يتم فيه الزواج (المجلس الأعلى للمرأة، د.ت: 18).



الفصل الرابع آثار وحلول

يعرض الفصل الحالي الآثار المترتبة على زواج القاصرات، والحلول المناسبة لهذه الآثار وذلك كما يلي:

أولاً: زواج القاصرات والموروث الثقافي:

ظاهرة الزواج المبكر من أبرز موروثات القيم الاجتماعية والثقافية والأعراف السائدة خصوصاً في الأرياف، على اعتبار أن الزواج صيانة للعرض والشرف. وانتشار هذه الظاهرة يرجع في عمقه إلى توجهات ثقافية مؤيدة للزواج المبكر، تحكمها العقلية القبلية للأسر وتدفع إلى اتخاذه. وبما أن المرأة تمثل شرف الأسرة وسمعتها وكرامتها؛ لذلك نرى أن المفاهيم السليمة قد تتحول عند الكثيرين منهم إلى مصطلحات مقلوبة مسايرة لأعرافهم التسلطية وتقاليدهم فيعمدون إلى تزويج الفتاة في سن مبكرة (الصفار، 1987: 400).

فظاهرة زواج القاصرات عادة اجتماعية متأصلة تدرج في إطار الثقافة الشعبية، ومن أشكال هذه الثقافة التقاليد البالية إيهام الفتيات أنه يجب عليهن أن يقبلن بأول زوج يطلبهن؛ حتى لا ينعتن بالعوانس، ذلك أن ضياع هذه الفرصة يقود إلى تهميش الفتاة اجتماعياً وإخضاعها لسلطة الأبوية التي تتداخل فيها طقوس شعبية ومفاهيم مثل: السعد - السر المدفون - السترة - الشرف - العار... إلخ. وهي معتقدات تحظى بالقبول في مستوى الوعي الجمعي، لكنها تزيد من عزلة الفتاة وتحطيم نفسياتها.

ويتم تشكيل البنية الذهنية والنفسية للفتاة وفق تربية أسرية واجتماعية تقليدية تحطم حب الأنا عندها، وتقتل رغبتها في معارضة الرأي؛ إذ لا يحق لها التعبير عن مشاعرها وما يختلج في صدرها من رغبات؛ فالمعتقدات الثقافية المتحجرة تشجع الفتاة على الطاعة واحترام الأعراف والتقاليد، فيما ينظر الأهل إلى ابنتهم على أنها كائن قاصر وجاهل وعاطفي، عالمها هو البيت وحدودها الزوج والأولاد (جابر؛ وآخرون، 2006: 56).

تسهم ثقافة المجتمع اليمني في تكريس ظاهرة الزواج المبكر بشكل عام والزواج المبكر للفتيات بشكل خاص؛ فهناك العديد من الأمثال الشعبية المتداولة التي تحث وتشجع على تزويج الفتيات في سن مبكرة، وأشهر هذه الأمثال «زوّج



بَنَتِ الثَّمَانَ، وَعَلَيَّ الضَّمَانَ» الذي يكرس ظاهرة الزواج المبكر للفتاة وهي في الثامنة من عمرها.

ويلاحظ أن التنشئة الاجتماعية للفتاة اليمنية تعتمد على إعدادها منذ نعومة أظفارها لأدوارها الإنجابية، فما أن تبلغ التاسعة أو العاشرة حتى تُهيأ بشكل كبير لهذه الأدوار (مرشد، د. ت: 3 - 18)، وتلعب العادات والتقاليد دوراً أساسياً في الزواج الذي يتم بين الأسر في أغلب الأحيان بعيداً عن رغبة الفتاة (الفايز، 2012: 5).

ففي ورقة عمل عن واقع الفتاة اليمنية قدمت للمهرجان العالمي الخامس عشر للشباب والطلاب في الجزائر، ذكرت أن للتنشئة الاجتماعية أثراً كبيراً على الفتاة وتحديد أدوارها؛ فعادة ما يركز المجتمع أثناء تفاعله مع الفتاة على التالي:

1- تهيئة الطفلة منذ سنواتها الأولى على أن من أهم أدوارها في الحياة هو الدور الأسري، وأن الزواج هدف مهم، وأن الإنجاب يمنح المرأة منزلة خاصة في أسرتها ومجتمعها، وأن أنوثة المرأة وجمالها صفات أساسية تأتي في مقدمة الصفات والخصائص.

2- تتعامل مجموعة من منظومة القيم الأسرية والاجتماعية مع الأنثى باعتبارها عورة يجب سترها، ولهذا تقدم الأسرة على تزويج بناتها مبكراً من منطلق أن زواج البنات ستر؛ ولهذا فإن الأسر التي تتجرب فتيات أكثر تكون «عزوثها» ضئيلة ومنزلتها أقل (مرشد، د. ت: 3 - 18).

ويشير العديد من الباحثين إلى أن العادات والتقاليد تمثل العامل الرئيس في انتشار الزواج المبكر بين الإناث بشكل خاص. ومن المتعارف عليه أن الفتيات لا يسمح لهن القيام ببعض الأشياء وهن غير متزوجات، مثل تناول القات قبل الزواج أو حضور مجالس النساء؛ ولذا فقد ترى الفتاة أن الزواج هو وسيلتها للقيام بتلك الأشياء (عبد الرحيم، 1995).

تحبذ الثقافة اليمنية الزواج المبكر، بل وتدعو إليه؛ حيث نجد الرجل اليمني إذا أراد أن يتزوج فلا تستهويه الفتاة التي في سن العشرين وما فوق، بل تستهويه الطفلة التي في الرابعة عشرة أو الخامسة عشرة، ولا مانع أن تكون في الثامنة عشرة. ليس هذا فقط؛ فالأغاني الشعبية تمجد ذلك الزواج، وكذلك الموروث الشعبي، ونسمع أمثلة كثيرة حول هذا الموضوع، حيث يشيع في بعض المناطق، مثل ريف محافظة حجة، التفكير في تزويج البنت وهي في الرابعة من عمرها، وكذلك ريف معظم مناطق اليمن.



وهكذا، تُربى الفتاة على أنها ستصبح زوجة وأماً في المستقبل منذ بداية إدراكها لذاتها ولمن حولها، فتتحول اهتماماتها إلى الزواج والإعداد له، ويتناسى المجتمع أنها بحاجة إلى التربية والتعليم قبل زواجها؛ حتى تستطيع أن تُكوّن أسرة تواكب الحياة ومتطلبات الزواج (الحيمي، 2005: 4).

إن الزواج المبكر ظاهرة اجتماعية اقتصادية ثقافية نشأت منذ القدم، وهي إحدى أكثر الظواهر الاجتماعية السيئة انتشاراً، كما هو الحال بالنسبة لظواهر أخرى تتعرض لها الفتيات في مقتبل أعمارهن، وتنتشر على نطاق واسع رغم حملات التوعية الصحية والاجتماعية. وما تزال هذه الظاهرة تحتفظ بأصناف لها في الأوساط الاجتماعية التقليدية؛ لعدم وجود الوعي الفكري لدى بعض العائلات والتفكير بصورة عكسية؛ فهم يظنون أن زواج القاصرات تحصين للفتاة، وهذا غير صحيح إنما هو تدمير لبراءة الأطفال وإيقاف لنضوج عقولهم.

ثانياً: آثار زواج القاصرات:

عديدة هي المشاكل والمخاطر والآثار التي تنتج عن زواج الفتاة الصغيرة، بعضها مباشر وبعضها غير مباشر، وفي كلتا الحالتين لا يمكن تجاهل تأثيرها على الفتاة الصغيرة ومستقبلها، ويتمثل تأثيره على الفتاة الصغيرة من جوانب عدة، نفسية واجتماعية وصحية اقتصادية أيضاً، وفيما يلي تفصيلها:

1- الآثار الاجتماعية:

للزواج المبكر آثار سلبية على الفتاه الصغيرة، حيث يجعلها تتحمل مسؤوليات أكبر من طاقتها مما يؤثر على حياتها العامة، من أهم هذه الآثار:

- أن الزواج المبكر يعرض الزوجة الصغيرة لمسؤوليات كبيرة لا تقدر على تحملها مما يؤدي إلى عدم القدرة على تنظيم الأسرة والتخطيط لحياة مستقرة.
- تحرم الفتاه المتزوجة في سن صغير من بناء شخصيتها الاجتماعية فتصبح مهزوزة وتشعر بالضعف والنقص تجاه الآخرين، وخاصة تجاه الرجل الذي يمثل الزوج والأخ والابن؛ فهي لا تستطيع أن تنتقد أو تحتج وتشعر دائماً أنها ضعيفة تجاه المواقف، وتصبح عاجزة عن إدراك الأمور من حولها فتهمل جميع جوانب الحياة الأخرى، ويكون اهتمامها منصباً على البيت والأطفال، وهذا يشعرها بالحرمان لا سيما حين تنظر إلى العالم من حولها وما تراه في وسائل الإعلام المختلفة كيف أصبحت المرأة خارج حدود بلدها فيما هي منغلقة على



ذاتها؛ مما يزيد من انكسارها في الحياة (حمزة، د. ت، 2008: 48).

- من الناحية التعليمية، تتطلب مهارة فن التعامل مع الحياة من الإنسان أن يستخدم المنهج المعرفي المتكامل الذي يجعله ملماً بكل جوانبها، وذلك من خلال حصوله على مستويين من العلم: المستوى العلمي الأكاديمي الذي يكسبه معلومات في تخصص معين، والمستوى العلمي المعرفي الثقافى الذي يوسع دائرة المعرفة لديه، كما يساعده على الوصول إلى التوافق النفسي مع ذاته أولاً، ثم التوافق الاجتماعي مع مجتمعه. من هنا تبدو أهمية التعليم للفرد عموماً وللمرأة كونها تمثل أحد الركائز الأساسية والهامة في عملية التنشئة الاجتماعية للفرد وللمجتمع ككل. لكن، وعلى الرغم من أهمية التعليم، فإن ظاهرة زواج القاصرات تعرقل الأفراد من الاستفادة منه، وتشكل عائقاً أمام عملية تنمية المجتمع؛ لأن طبيعة التنشئة الاجتماعية قد غرست في أذهان الآباء والأمهات فكرة أن المكان المناسب للفتاة هو البيت، ومن ثم لا داعي إلى ذهابها إلى المدرسة أو الاستمرار في التعليم. وهذا يترتب عليه آثار عديدة منها أنه لا يتيح للفتاة المجال لتطوير مهاراتها فتغدو أمماً أمية ويتدنى مستوى الوعي لديها مما يؤثر ذلك على تنشئة وتعليم أبنائها، وتتبلور لديها شخصية غير متوازنة. وهذا يجعلها غير قادرة على التعامل مع ذاتها من جهة، ومع من حولها من جهة أخرى، من أطفال وزوج وأهل وجيران، وعلى حل المشكلات التي تواجهها (ياغي، 2018: 426).

- تزايد حالات الطلاق الذي يصبح نتيجة حتمية لعلاقة ينقصها النضج العقلي والانفعالي والعاطفي وقلة الخبرة، بالإضافة إلى ما يصاحب هذه المرحلة (المراهقة) من تغيرات نفسية، مما يؤثر على العلاقة بين الزوجين. يترك الطلاق آثاراً سيئة على نفسية الصغيرة، ويعد من المواقف الضاغطة في حياتها؛ فالفشل في الزواج، والصراع الذي عاشته مع الزوج يولد في نفسها الشعور بالخوف وعدم الأمان، إلى درجة أن تشك في ذاتها ونفسها وقدراتها بوصفها إنسانة، ويتملكها الشعور بالفشل والإحباط، وترى نفسها عبارة عن سلعة باعها والدها وقبض الثمن. هذا الشعور كفيل بأن يفقدها الثقة بنفسها وتقديرها لذاتها، ومثل هذه الإنسانة لن تتجح في تربية أبنائها أسوياء نفسياً (الشرجبي، 2005: 10).

وقد يعود انتشار الطلاق المبكر لفتيات صغيرات إلى عدة أسباب، منها: عدم معرفتهن بالحقوق الزوجية، وعدم وجود التوافق الزواجي؛ ففي منطقة الخليج احتلت الكويت الصدارة في ارتفاع عدد حالات الطلاق، إذ أوضحت البيانات أن 60% من العلاقات الزوجية انتهت بالانفصال في الجزء الأول من عام



2017، وسجلت المحاكم ما يقارب 2001 حالة زواج، وفي مقابلها 1193 حالة طلاق. وأضافت أن حالات الزواج انخفضت عن العام الماضي التي كانت 2425 حالة، وعلى النقيض 1180 حالة طلاق، وفقاً لوزارة العدالة في الكويت. أما في السعودية وصل عدد عقود الزواج التي تمت إلى 157.000 حالة في عام 2016، وتمت 46.000 حالة طلاق؛ أي أن 30% من حالات الزواج تنتهي بالانفصال. وكانت أكثر المدن التي زاد فيها الطلاق هي مدينة جدة، حيث ارتفعت بها حالات الطلاق بنسبة وصلت إلى 50% منذ عام 2015. ووفقاً للإحصائيات، تشهد السعودية 127 حالة طلاق يومياً.

أما عن أسباب الطلاق فأهمها الزواج المبكر وما يتبعه من قلة وعي الزوجين بالمسؤوليات الزوجية والمهمات المنزلية الضرورية لاستمرار الحياة الزوجية، إضافة إلى ما يُسمى بـ«زواج المنفعة»؛ ففي الكويت تقدم الحكومة مساعدات مادية وقروضاً للأزواج الجدد للبدء في تأسيس حياتهم الزوجية وهذه المنح المادية تجعل بعض الأشخاص يقدمون على الزواج.

- التعرض للعنف يجعل الفتاة أقل قدرة على مواجهته؛ بسبب قلة وعيها ونضجها، ويترك الفتاة في مرتبة مُتدنية، وعاجزة عن اتخاذ القرارات الخاصة بأسرتها؛ إذ ينحصر دورها في الإنجاب. وربما تكون غير قادرة على اتخاذ أي قرار يخص أطفالها وأسرتها أو مستقبلهم.

وقد أوضحت نتائج دراسة الشرجبي عن العنف الموجه ضد النساء في اليمن أن من الأسباب المباشرة للعنف العائلي الزواج المبكر؛ فقد أشارت النساء -لا سيما في المحافظات التي يغلب عليها الطابع الريفي والبنى القبلية- إلى أن الزواج المبكر يمثل واحد من أهم أسباب العنف تجاه النساء؛ إذ ترتب على قلة خبرة الزوج والزوجة، وكثرة الخلافات بينهما، مما يؤدي إلى أن يمارس الزوج عنفاً معنوياً وجسدياً تجاه زوجته. (الشرجبي، 2003: 28).

2- الجانب النفسي:

من العوامل الرئيسة في الحياة الزوجية أن يكون هناك دافعية وإقبال على الزواج، لكن في زواج القاصرات لا تتوفر هذه الدافعية؛ إذ غالباً ما يصاحب هذه المرحلة من عمر الفتاة تغيرات نفسية، وعدم ثبات انفعالاتها وعواطفها، وعدم إدراكها لطبيعة هذه العلاقة وما يتوجب عليها من واجبات وحقوق؛ فنجدها تصطدم إزاء ذلك نتيجة اختلاف التصورات الذهنية التي كانت في خيالها حول الزواج، وحرمانها العاطفي من حنان الوالدين، ومن عيش مرحلة الطفولة؛ فيتولد لديها شعور بعدم



الإشباع الداخلي لحاجاتها النفسية اللازمة لتوازن شخصيتها واستقرارها. من هنا، يمتلك الخوف كيانها، وشعورها بأنها غير قادرة على اتخاذ أي إجراء تجاه المواقف التي تتعرض لها في الحياة الزوجية؛ فتجد نفسها أمام خيارين:

- إما أن تتعلم وتستشير من لهم خبرة سابقة في الزواج أو ذوي الاختصاص لكي تتعرف على أسس الزواج الناجح، وهذا الأمر يتطلب منها جهداً كبيراً، لكن النتائج ستكون أفضل بالنسبة لها من جهة، ولأسرتها من جهة أخرى.
- أو عليها أن تقبل بواقعا هذا وتتركه للزمن واحتمالية تبدله. وهنا تصبح حياتها عرضة لحدوث خلافات زوجية تترك آثاراً نفسية عليها، كعدم الثقة بالنفس، وفقدان الشعور بالأمان، والاكتئاب، والشعور بالعزلة الاجتماعية، وانخفاض تقدير الذات.

بالإضافة إلى أن كثرة تعرض الفتاة القاصر لضغوط جسدية ونفسية سيولد لديها ارتداد لهذه المرحلة، وستعيشها في صورة أمراض نفسية، مثل الهستيريا والاكتئاب والقلق واضطرابات في الشخصية، وينجم عن ذلك اضطرابات في العلاقات الجنسية بين الزوجين، الأمر الذي قد ينتهي بهروبها إلى الإدمان، أو برغبتها في الانتحار (ياغي، 2018: 426).

ويرى العديد من الباحثين أن الآثار النفسية، الناتجة عن عدم إدراك الفتاة لما يعنيه الزواج من مسؤوليات وتبعات وحقوق وواجبات، قد تكون أشد تأثيراً من الآثار الصحية والجسدية على الفتاة الصغيرة. وأما الآثار الاجتماعية فلا تقل أهمية عن الآثار النفسية الناتجة عن طلاق الفتاة الصغيرة، الذي يترتب عليه في أغلب الأحيان سوء العلاقة مع أهل الزوج واضطرابها، وعدم التمكن من تربية الأبناء وتشبثهم بتشئة نفسية واجتماعية متوازنة. ولا شك أن مثل هذه الآثار تفضي إلى أمراض أخرى، نفسية وجسدية، متنوعة كفقدان الشهية واضطرابات المعدة وغيرها من الآثار المتوقعة (الفايز، 2012: 7).

فدراسة رضوان وعماد أكدت أن الفتيات يشعرن بالخوف والقلق، وأنهن مررن بأزمات حادة خلال زواجهن، وأنهن يعانين من حالات الاكتئاب، والقلق، وانعدام الثقة بسبب زواجهن في سن مبكرة. كما أنهن فكرن في الانتحار، إضافة إلى عدم شعورهن بالسعادة، وعادة ما يعانين من عدم التفاهم مع الزوج، وقررن ألا يتركن لأطفالهن خوض التجربة (رضوان؛ وعماد، د. ت: 8).

وأظهرت دراسة حديثة قام بها مجموعة من العلماء أن زواج الفتيات في سن مبكرة، قبل 18 عاماً، يتسبب لهن في العديد من المشاكل النفسية والاضطرابات مثل



القلق والاكتئاب، واضطراب ثنائي القطبين. وقام فريق البحث - برئاسة د. يان لو ستارت - بدراسة ما يقارب من (18,000) امرأة على مستوى الولايات المتحدة لمعرفة السن التي تزوجت فيها كل سيدة، وما إذا كن يعانين من أي اضطرابات نفسية - سواء كانت طويلة المدى أو قصيرة المدى -، وتبين أن حوالي 41 % من النساء اللاتي تزوجن في سن مبكرة قد عانين أو يعانين من الاضطرابات النفسية.

3- الجانب الصحي:

يشكل زواج الأطفال خطراً مباشراً على صحة الفتيات وسلامتهن، وعادة ما يقع الحمل مباشرة بعد الزواج، ولو كانت الطفلة غير مستعدة جسدياً وذهنياً. ففي الدول النامية، تشير الدول إلى أن هناك تسع حالات ولادة من بين كل عشر بين المراهقات تتم في إطار زواج أو شراكة.

وعلى نطاق العالم، تعد مضاعفات الحمل والولادة بين الفتيات المراهقات من الفئة العمرية التي تتراوح بين 15 - 19، السبب الرئيس للوفاة. وقد تتعرض الفتيات المتزوجات أيضاً، للأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، ويصبحن أكثر عرضة للأذى. وهن أقل قدرة على الدفاع عن أنفسهن، وتجنب العلاقات التي تتسم بالأذى. وتنتشر الأمراض العقلية بين الأطفال العرائس، على سبيل المثال، بسبب تجربتهن مع العنف.

وتعاني المرأة اليمنية من النحافة وقلة الوزن، والتقرم حالياً، وذلك لا يعود فقط إلى إنجاب كثير من الأطفال، لكن كثيراً من النساء يتم تزويجهن وهن صغيرات في السن فتمنح نموها لجنينها الذي في أحشائها. ومن المعروف أن الجنين في حاجة إلى الغذاء، وتكون أمه أيضاً بحاجة إلى التغذية السليمة والمكثفة في ذات الوقت، باعتبار أنها لا زالت في طور النمو الجسدي؛ لكنها تفقد كثيراً من عناصر نموها لتعطي جنينها، ومن ثم تتحول إلى امرأة متقرمة وضعيفة البنية كونها لم تأخذ حقها في النمو الجسماني. كذلك، تصبح عاجزة عن إدراك الأمور من حولها فتتحول اهتماماتها إلى البيت والأطفال وتهمل كل جوانب الحياة، فليس لها رأي في شيء يذكر من حولها ولا ترى لوجودها من هدف أو أهمية إلا البيت والأولاد، وما يسع أولادها إلا أن يكبروا؛ فيبدوون بانتقاد أمهم (الصلاحي، د. ت: 24).

كما يؤكد تقرير اليونيسف، عن حالة الأطفال والنساء في اليمن، أن من الظروف الشائعة والمسببة لضعف صحة النساء والأطفال في الريف والمؤدية إلى ارتفاع نسبة الوفيات، هي «ظاهرة الزواج المبكر للمرأة الريفية أكثر من المرأة



الحضرية. وعادة ما يكون لها عدد أكبر من الأطفال، وتكون معرفتها عن وسائل تنظيم الأسرة أقل» (اليونيسف، 1998: 23).

تحتاج الفتيات المراهقات إلى تغذية متوازنة تساند النمو السريع لأجسامهن، وتلبي كل متطلبات النمو الجسدي من البروتينات والفيتامينات وغيرها. ونتيجة للزواج في سن مبكرة، يُلقى على أجسامهن عبئاً إضافياً نتيجة الحمل الذي يتطلب بحد ذاته تغذية أفضل، تفي بحاجة الحامل والجنين؛ إذ تؤدي المفاجأة (الحمل) التي يتلقاها جسم المراهقة المتزوجة إلى إحداث تغييرات فسيولوجية وهرمونية في جسد الصغيرة تريك عملية النمو وتؤثر على الصحة العامة على المدى المتوسط والطويل؛ حيث تحدث هذه التغييرات والضغط التي يتعرض لها الجسم في فترة تكون المراهقة فيها أشد احتياجاً إلى الاهتمام بصحتها وغذائها.

وأظهرت نتائج دراسة «الزواج المبكر في اليمن» أن هناك علاقة ارتباط قوية بين الزواج المبكر والأوضاع الصحية للفتيات؛ لأن الزواج المبكر يؤدي إلى تعرض الفتاة إلى عدد من الأمراض والمخاطر الصحية وفي مقدمتها الأمراض الإنجابية، كالالتهابات التناسلية والإجهاض والتهابات ما بعد الولادة وحمى النفاس وغيرها، وكذلك سوء التغذية والأنيميا والإرهاق. فضلاً عن ذلك فإن كثيراً من الفتيات اللاتي تزوجن في سن مبكرة عانين من عسر الولادة، وتمت ولادة كثير منهن عبر عمليات قيصرية، وأنجبن أطفالاً يعانون من بعض الأمراض.

وتبين، أيضاً، أن الزواج المبكر للفتيات والفتيان قد ساهم في معاناة أسر الأزواج الصغار من الفقر، لا سيما أن الزواج المبكر ينتشر في أوساط الأسر الفقيرة؛ لأنها تسعى إلى تزويج بناتها في سن صغيرة للتخلص من تكاليف إعالتهن، وغالباً ما يُزوّجَن لفتيان ينتمون لأسر فقيرة، ومن ثم فإن الأسر التي يكونها هؤلاء الأزواج الصغار تكون أكثر فقراً من أسر آبائهم. كما أن الحمل المتكرر يعرض الفتاة للإرهاق، ويعرض أطفالها للإهمال وعدم الرعاية.

إن كل ما سبق يتنافى مع ما جاءت به المواد (6) و(42) من الاتفاقية التي تلزم الدول بالاعتراف بحق كل طفل في الحياة، وضمان بقائه ونموه إلى أقصى حد ممكن، وضمان حقه في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه، وحقه في مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي باتخاذ العديد من التدابير لحفظ وفيات الرضع، ومكافحة الأمراض وسوء التغذية، وكفالة الرعاية الصحية المناسبة للأمهات قبل الولادة وبعدها، وتطوير الرعاية الصحية والوقائية والإرشاد المقدم إلى الوالدين والتعليم والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة (الشرجي، 2005: 12، 13، 21).



4- الجانب الاقتصادي:

- يعد الزواج المبكر عائقاً أمام عجلة التنمية؛ لما يترتب عليه من انعكاسات اقتصادية سلبية للفتاة والأسرة والمجتمع أيضاً. ويمكن تحديد ذلك فيما يلي:
- أشارت معظم الدراسات إلى أن الزواج المبكر يعد من الأسباب الرئيسية لفقر المرأة، أي أنها تؤدي إلى «تأنيث الفقر»، وذلك نتيجة الأثر المباشر للزواج المبكر.
 - أدى ارتفاع نسبة الفقر في العقد الأخير إلى أن تترك الفتيات تعليمهن، إما بسبب عجز أسرهن عن دفع تكاليف التعليم أو خوفهن من العنوسة. وتشير بعض الأمثلة أن بعض الشباب قد تركوا تعليمهم -خصوصاً في الأرياف- بحثاً عن العمل لإعالة أسرهم، وفي بحثهم عن شريكات حياة فإنهم لا يفضلون الزواج من فتيات متعلمات لأسباب كثيرة.
 - يعرقل الزواج المبكر المرأة من التعليم ودخول سوق العمل. وهكذا يعطل المجتمع طاقاته النسوية ويحرم المرأة من العمل والإبداع، وبذلك تكون أكثر عرضة للفقر؛ إذ لا يكون لديها خبرات أو مهارات تعود لها بمردود مالي يساعدها على النهوض بنفسها وبأسرتها من دائرة الفقر (حمزة؛ وآخرون، د. ت: 28 - 47).
 - تؤكد معظم الدراسات وأوراق العمل أن الزواج المبكر يسهم في تكريس الأمية والفقر في المجتمع اليمني بشكل عام، وبين النساء بشكل خاص. كما أنه عامل أساسي من عوامل ارتفاع نسبة الخصوبة في المجتمع اليمني، وله آثار سلبية صحية وخيمة على صحة الأطفال والأمهات في نفس الوقت، وغيرها من الآثار السلبية في المجتمع اليمني؛ ففي دراسة عن أوضاع المرأة الريفية وقضايا النوع الاجتماعي تبين أن المرأة الريفية ما زالت تعاني من ارتفاع نسبة الأمية التي تصل إلى 79 %، وهي نسبة ترتبط بارتفاع نسبة النساء اللائي يعملن ربات بيوت (الصلاحي، 2001: 11).
 - يزداد معدل الخصوبة بسبب الزواج المبكر بشكل كبير؛ حيث يصل إلى (6) مواليد لكل امرأة في سن الانجاب (15 - 49) عاماً، وهذا يؤثر بدوره في زيادة عدد السكان ويشكل ضغطاً على الموارد المتاحة في البلد، ويترتب عليه مشاكل اقتصادية واجتماعية وزيادة في عبء الإعالة الكلية والاقتصادية والاجتماعية (حمزة؛ وآخرون، د. ت: 28 - 47). ونتيجة لارتفاع نسبة الخصوبة والدور الإيجابي للمرأة اليمينية، فمن المحتمل أن يقع الفقر على المرأة، لأنها تزوجت مبكراً فحرمت من التعليم أو من الحصول على تأهيل وتدريب كافيين يمكنانها من الحصول على وظيفة أو عمل ما (الشرجي، 2002: 18 - 19).



إذن، تؤثر ظاهرة الزواج المبكر على المجتمع من حيث انتشار البطالة ونقص الأعمال الاقتصادية نتيجة لعدم استكمال الفتاة لتعليمها ونقص مهاراتها مما يؤدي إلى زيادة فقر المرأة، وهذا ناتج عن تفشي الجهل وانعدام المسؤولية عند بعض الأسر، وعدم وجود الوعي الكامل والفهم اللازم لدى الزوجين، وعدم تحمل كلا الطرفين للمسؤولية الأسرية والاجتماعية.

❖ التوجهات الحكومية اليمنية لمعالجة ظاهرة الزواج المبكر:

اهتمت الجهات والمنظمات الحكومية وغير الحكومية بظاهرة الزواج المبكر وما يترتب عليه من جوانب سلبية على الفتاة والأسرة والمجتمع. ويتضح ذلك من خلال عدد من التوجهات الحكومية وغير الحكومية التي صدرت عبر سنوات سابقة وتفصيلها فيما يأتي:

- الاستراتيجية الوطنية لإدماج الشباب في التنمية لعام 1998: وجاء ضمنها «إطلاق صانعي القرار على الآثار الصحية والنفسية والاجتماعية للزواج المبكر والإنجاب المبكر والمتأخر ومزايا المباحة بين المواليد؛ بغية إعادة النظر في التشريعات والقوانين النافذة للسن الدنيا للزواج، ولتوفير خدمات الصحة الإنجابية جيدة النوعية للمتزوجين من الشباب» (وزارة الشباب والرياضة، 1998: 19).

- الاستراتيجية الوطنية الشاملة للتنمية البشرية المستدامة لعام 2000: التي توضح في محور السكان أن من أهدافه العامة خفض معدل النمو السكاني إلى مستوى يتناسب مع الموارد الطبيعية للبلاد، وأن من سياساته خفض معدل الخصوبة، وتطوير البناء المؤسسي والقوانين واللوائح ذات الصلة. وجاء ضمن إجراءاته التوعية بمخاطر الإنجاب خلال الأعمار والفترات الزمنية غير الآمنة، وسن القوانين لرفع سن الزواج بالنسبة للنساء (وزارة التخطيط والتنمية، 2000).

- مشروع الاستراتيجية الوطنية للنوع الاجتماعي 2000-2025: حيث تم تحديد أولوية احتياجات ظاهرة الزواج المبكر بنشر برامج التوعية والتثقيف والإرشاد الأسري والاجتماعي الذي يبين مخاطر هذا الزواج صحياً ونفسياً على الفتاة وعلى وضعها الأسري والاجتماعي لإيقاف الممارسات الضارة بصحتها الجسدية والنفسية. وتم تحديد المعوقات، ومنها غياب الوعي الأسري والمجتمعي بمخاطر الزواج المبكر على الفتاة صحياً، وتأثير ذلك على قدرتها في تربية وتنشئة الأبناء (اللجنة الوطنية للمرأة، 2000: 28).



- المبادئ العامة للسياسية الوطنية لسكان 2001 - 2025: التي تؤكد على الاهتمام الكامل بالأمهات والنساء في سن الإنجاب، واتخاذ التدابير المناسبة التي تكفل لهن شروط الأمومة الآمنة ضد العدوى والمخاطر المرتبطة بالإنجاب المرتفع والمتقارب خاصة في الأعمار المبكرة والمتأخرة. وجاء في الهدف السابع منها ما له علاقة بالزواج المبكر، وينص على: «تخفيض درجات التعرض لمخاطر الولادات المتقاربة والمتكررة وحدوثها في الأعمار المبكرة والمتأخرة»، ونصّ الهدف الحادي عشر على: «العمل الجاد لتعزيز صحة جميع الأطفال والشباب والمراهقين ورفاههم وإمكاناتهم، وتلبية الاحتياجات الخاصة بهم، مع إيلاء الاعتبار الواجب لقدراتهم الأخلاقية، وتقديم الدعم لهم على صعيدي الأسرة والمجتمع، وتوعيتهم بمخاطر الإنجاب المبكر والمتأخر وحالات الحمل عالية الخطورة، وتوجيه قدراتهم لتوصيل المعلومات والخدمات الصحية والاجتماعية والثقافية للسكان، بما فيها معلومات عن الخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة والأمراض المنقولة عن طريق ممارسة الجنس لا سيما الإيدز (المجلس الوطني لسكان، 2001: 14 - 17).

- البرنامج العام للحكومة 2003: جاء من ضمن التوجهات الحكومية فيما يتعلق بظاهرة الزواج المبكر التركيز على الآثار الناتجة عنه والمتمثلة في مسألة الحمل والإنجاب المبكرين، وتضمن مواجهة النمو المتسارع لسكان من خلال الاهتمام بالعمل على «تعزيز برامج التوعية متعددة الاتجاهات لإحداث تغيير سلوكي في جوانب الإنجاب المبكر والمتأخر والمتقارب، والوعي بمتطلبات وحجم الأسرة المرغوبة» (البرنامج العام للحكومة، 2003: 11).

❖ الحلول المقترحة للحد من الآثار السلبية لزواج القاصرات:

هناك مجموعة من الحلول التي يمكن طرحها للحد من زواج القاصرات، ومنها:

- 1- تضمين أحكام تمنع زواج القُصر في قوانين حماية الأطفال.
- 2- وضع معايير قانونية صارمة للاستثناءات التي تسمح للقاصرات تحت السن القانوني بالزواج.
- 3- دعم وإنفاذ التشريعات لزيادة الحد الأدنى لسن زواج الفتيات إلى 18 عاماً.
- 4- تحقيق المساواة بين الجنسين في سن مبكرة، داخل الأسرة والمجتمع.
- 5- كفالة مشاركة الفتيات دون تمييز في الحياة الاجتماعية والاقتصادية



والسياسية .

6- خلق الفرص الاجتماعية والاقتصادية والمدنية أمام الفتيات والشابات لتغيير الممارسات التي تتطوي على التمييز ضدهن من خلال توعية أفراد المجتمع .

7- وجوب إتاحة الخيارات أمام الفتيات، اللائي تزوجن ولم يتح لهن مواصلة التعليم، في أن يعدن إلى التعليم ويتجهن إلى العمل واكتساب المهارات والمعلومات والخدمات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، وفي أن يوفر لهن اللجوء في حال وقوع عنف منزلي إلى مؤسسات تعالج هذه المشكلات .

8- تنفيذ الاتفاقيات الدولية التي ناشدت بها منظمة الأمم المتحدة وصادقت عليها اليمن وكثير من الدول للحد من الزواج المبكر عبر مجموعة من الوسائل من أهمها :

دعوة الدول إلى سن القوانين التي تعمل على الحد من هذا الزواج عبر رفع هذه السن إلى ثمانية عشر عاماً للفتيان والفتيات، وتطبيق أهم الوثائق التي تناولت هذه النقطة، مثل: القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، المصادقة على بروتوكولات اتفاقية جينيف وتطبيقها، تطبيق نظام المحكمة الجنائية الدولية لحماية حقوق الإنسان والمرأة والطفل .

تفعيل دور المنظمات النسوية في تطبيق توصيات منظمة الأمم المتحدة؛ لأن منظمات المجتمع المدني بشكل عام، والمنظمات النسوية بشكل خاص، تقوم بدور بارز في تطبيق الاتفاقيات الدولية؛ إذ تشكل هذه المنظمات ورقة ضغط قوية في وجه الحكومات من أجل حثها على تطبيق الاتفاقيات التي وقّعت عليها والتي تقضي بتعديل القوانين المحلية حتى تتناسب مع توصيات هذه الاتفاقيات، ومنها:

أ- القيام بأنشطة تثقيفية من أجل التوعية بالنواحي السلبية للزواج المبكر، تنفيذاً لوصية الجمعية العامة للأمم المتحدة التي جددت في قرارها (66/ 140) نداءها لوضع حد للممارسات التقليدية أو العرفية الضارة، مثل الزواج المبكر والقسري .

ب- القيام بعمليات من أجل المطالبة بسن القوانين التي تمنع الزواج المبكر يكون من أهم أهدافها العمل على استصدار قانون يمنع زواج القاصرات، من خلال القيام بحملة ضغط لإخضاعها للاتفاقية الدولية، وتحديد الحد الأدنى لسن الزواج وتسجيل عقود الزواج، والعمل على تشديد العقوبات على كل زوج يعتدي على زوجته القاصرة .



- ج- التوعية؛ من خلال تنشيط دور المراكز الثقافية بعقد دورات ثقافية تبين للفتيات ولأسرهن أهمية التعليم، وعدم الاكتفاء بدعم الأسر، ورفع الوعي بنشر إعلانات تلفزيونية وإذاعية توضّح سلبيات زواج القاصرات.
- د- تغيير الأعراف الاجتماعية السلبية المتوارثة والحد من تأثيرها، وهذا يعني تنفيذ برامج تُساعد على تغيير السلوك التقليدي لتحقيق العدالة بين الجنسين.



الفصل الخامس الدراسات السابقة

يتناول الفصل الحالي الدراسات السابقة التي اهتمت بمشكلة زواج القاصرات بحيث عرضت الأسباب لانتشارها، وأهم الآثار والنتائج المترتبة على انتشارها، كما تم التطرق إلى أوجه الإفادة التي حصلت عليها الدراسة الحالية منها وذلك على النحو الآتي:

أولاً: الدراسات السابقة:

تم عرض الدراسات التي تم التطرق إليها من الأحداث إلى الأقدم، كما يلي:

1- دراسة الأحيول، وبشير، 2022: هدفت الدراسة إلى التعرف على الأسباب الاجتماعية والثقافية والاقتصادية وتأثيرها على زواج القاصرات في مدينة بنغازي، والمعايير التي يستند القاضي لمنح الإذن بزواج القاصر، وتحليل التأثيرات المترتبة على الزواج المبكر للفتاة من النواحي الاقتصادية والاجتماعية والصحية، واستخدام المسح الاجتماعي في جمع البيانات، وتم إعداد استبيان لمعرفة هذه المعايير من خلال 50 قاضياً منهم 26 قاض و 24 قاضية. وتوصلت الدراسة إلى نتائج تمثلت في أن القاضي بصفة عامة يعتمد في منح الإذن بالزواج على رغبة الفتاة نفسها بغض النظر عن المعايير التي كنا نعتقد أنه يراعيها، مثل الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للفتاة أو قدراتها العقلية أو الجسمية أو النفسية. وأكد 92 % من القضاة أنه لم يسبق لهم رفض أي طلب لزواج قاصر وهذا يعني أن إعطاء الإذن في العادة هو أمر محسوم.

2- دراسة راجح، 2021: استهدفت الدراسة التعرف على أسباب حدوث ظاهرة زواج القاصرات، وآثاره في الفتاة من وجهة نظر عينة من الشباب في المجتمع اليمني، واعتمد البحث على المنهج الوصفي التحليلي. من أهم الفرضيات التي اعتمدت في الدراسة هي البحث في تأثير المستوى التعليمي للشباب وآرائهم نحو زواج القاصرات وتفاوت تأييد زواجهن بين الشباب تبعاً للمحافظات. وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج منها: ارتباط أسباب حدوث زواج القاصرات بالفقر والظروف الاقتصادية التي ترهق كاهل الأسر مما يؤدي إلى تزويج بناتهن في سن مبكرة، وكذا بالعادات والتقاليد التي ترغّب في هذا



- الزواج، وأن هناك آثاراً مختلفة تعود على الفتاة منها حرمان الفتاة القاصر من التمتع بطفولتها، وتحملها المسؤولية في سن مبكرة.
- 3- دراسة أحمد، 2020: هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى دور الجمعيات الأهلية في مواجهة ظاهرة زواج القاصرات، وتحديد مستوى عائد هذا الدور والمعوقات التي تواجهه، وتحديد المقترحات للحد من هذه المعوقات، والتوصل إلى رؤية مستقبلية مقترحة من منظور طريقة تنظيم المجتمع لتفعيل دور الجمعيات الأهلية في مواجهة مشكلة زواج القاصرات. استخدمت الباحثة منهج المسح الاجتماعي الشامل للمسؤولين العاملين بمؤسسة دار الفتيات للقاصرات بعين شمس بلغ عددهم (28) مسؤولاً، واستخدمت الاستبانة أداة لجمع البيانات. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:
- مستوى دور الجمعيات الأهلية في مواجهة ظاهرة زواج القاصرات ككل كما تحدها القاصرات متوسط؛ حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.22).
 - مستوى متوسط دور الجمعيات الأهلية في مواجهة مشكلة زواج القاصرات ككل وكما تحدها القاصرات مرتفع؛ حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.41).
 - مستوى صور مشاركة القاصرات في تنفيذ دور الجمعيات الأهلية في مواجهة زواج القاصرات ككل من وجهة نظرهن متوسط؛ حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.26).
 - مستوى متوسط عائد دور الجمعيات الأهلية في مواجهة ظاهرة زواج القاصرات ككل كما حددتها القاصرات مرتفع؛ حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.39).
- 4- دراسة أحمد؛ وآخرون، 2019: هدفت الدراسة إلى التعرف على رأى أفراد العينة في ظاهرة الزواج المبكر، والتعرف على بعض الخصائص الشخصية والاجتماعية بين المتزوجين في سن مبكرة وبين المتزوجين في سن غير مبكرة، وكذا التعرف على أسباب الزواج المبكر للفتيات الريفيات من وجهة نظر العينة. ولتحقيق الأهداف تم اختيار قريتين من كل مركز من المراكز الآتية: مركز فتح، مركز أسيوط، مركز العنايم، مركز القوصية. وتم جمع البيانات باستخدام استمارة استبيان من السيدات المتزوجات. وأشارت النتائج إلى أن أهم الأسباب التي تدفع الأسرة إلى تزويج بناتها في سن مبكرة هي: الجهل والتخلف، العادات القديمة، «سترة البنات»، عدم تعليم البنات، وجود العريس المناسب. وكانت أهم الآثار المترتبة على الزواج المبكر آثاراً نفسية من أهمها اضطرابات الشخصية والحرمان العاطفي، وآثاراً اجتماعية منها عدم تحمل المسؤولية والمشاكل الأسرية.
- 5- دراسة ياغي، 2018: هدفت الدراسة إلى التعرف على أهم الأسباب التي ساهمت في بروز ظاهرة زواج القاصرات في ظل الأزمة السورية، وما نجم عنها من آثار على المجتمع بشكل عام وعلى الفتاة القاصر بشكل خاص. واستخدمت



الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وصممت استمارة لتحقيق الهدف. وبلغت عينة الدراسة (62) امرأة، وكانت أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: أن سبب زواج القاصرات في ظل الأزمة السورية هو نتيجة للظروف القاسية التي عانت منها أسر أفراد العينة، وخاصة الظروف الأمنية والمادية والاجتماعية، منطلقين من هاجس الخوف على بناتهم من التعرض لمشكلات تمس شرفهن، وللتخفيف من الأعباء المادية وخاصة في العائلات ذات العدد الكبير من الأولاد. ومن النتائج أيضاً أن الزواج في سن مبكرة يؤثر على الحالة الصحية والنفسية والاجتماعية للفتاة القاصر. وفي ختام الدراسة قدمت مجموعة من التوصيات للتخفيف من انتشارها في المجتمع السوري.

- 6- دراسة الشاعر، 2016: استهدف الدراسة التعرف على الأسباب الاجتماعية والاقتصادية لزواج القاصرات؛ وتحديد الآثار الاجتماعية والنفسية المترتبة عليه من وجهة نظر أفراد العينة (أرباب الأسر)؛ وكذلك التعرف على مقترحاتهم للتغلب على هذه الظاهرة. استخدم الباحث استمارة استبيان لجمع البيانات، وبلغت عينة الدراسة (120) فرداً من أرباب الأسر، واتضح من النتائج ما يلي:
 - من أهم الأسباب الاجتماعية لزواج القاصرات اعتبار الزواج في سن صغيرة سترة للبنات، والخوف من العنوسة، وعدم القدرة على تحمل تكاليف تعليم البنات.
 - من أهم الأسباب الاقتصادية لزواج القاصرات صعوبة الظروف المادية لرب الأسرة، وارتفاع تكاليف الزواج بصفة مستمرة، وعدم كفاية دخل رب الأسرة لرعايتها والإنفاق عليها.
 - تمثلت أهم الآثار الاجتماعية المترتبة على زواج القاصرات في: التسرب من التعليم، عدم قدرة البنات على رعاية أولادها كما يجب، عدم إدراك البنات لمعنى الحياة الزوجية.
 - تتمثل أهم الآثار النفسية المترتبة على زواج القاصرات في لجوء الفتاة إلى أهلها حتى في أبسط المشكلات، وعدم توفر الارتياح النفسي بين الفتاة وزوجها، وشعورها الدائم بالاكئاب.
 - وجود علاقة ارتباطية طردية معنوية بين المتغيرات (عدد أفراد الأسرة، مساحة الحيازة الزراعية، والسن، الدخل الشهري)، ووجود علاقة معنوية بين متغيري (الحالة التعليمية، مهنة رب الأسرة) لأفراد العينة، وبين آرائهم في الأسباب الاجتماعية لزواج القاصرات.
 - وجود علاقة معنوية بين متغيري (المهنة، الحالة التعليمية لأرباب الأسر) وبين



آرائهم في الأسباب الاقتصادية لزواج القاصرات.
- تمثلت أهم مقترحات أفراد العينة (أرباب الأسر) للتغلب على ظاهرة زواج القاصرات في: توفير قروض لعمل مشروعات، توفير فرص عمل، القيام بتنظيم دروس توعوية في المساجد لإلقاء الضوء على هذه المشكلة والتوصل إلى حلول بشأنها، توعية الريفيات من خلال مختلف وسائل الإعلام بضرورة تنظيم الأسرة، رفع الأجور وزيادة الدخل.

7- دراسة المرسي؛ وآخرون، 2015: هدفت الدراسة إلى التعرف على خصائص الزوجات القاصرات، والأسباب التي تدفع الأسر إلى تزويج بناتها في سن صغيرة، والمشكلات المترتبة عن زواج القاصرات، وإذا ما كان للانتماء الديني علاقة بزواج القاصرات. استخدمت الباحثة المقابلات المتعمقة مع حالات الدراسة، حيث تم إجراء مقابلة مع 12 حالة من القاصرات اللاتي تزوجن في قرية منشأة الجنيدى مركز طنطا بمحافظة الغربية، وجاءت أهم نتائج الدراسة على النحو الآتي: يتراوح سن القاصرات عند الزواج من 14 - 17 عاماً، معظم الحالات زوجات غير متعلمات وكذلك أسرهن، انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي لهذه الأسر. وكان من أهم أسباب الزواج المبكر للفتاة هو فشلها في التعليم، وانخفاض مستوى تعليم الأسرة، وفقر الأسرة وقلة دخلها مع زيادة عدد أفرادها، وأن معظم العيّنات تعيش مع أسرها الأصل في مسكن واحد. ويواجه هذا الزواج مشكلات عديدة، منها: عدم توثيقه، ومن ثم احتمال ضياع حق الفتاة وعدم تسجيل المواليد، وإصابة الفتاة بأمراض عضوية ونفسية كثيرة. كما اتضح عدم وجود علاقة بين الانتماء الديني وزواج القاصرات.

ثانياً: التعليق على الدراسات السابقة:

الاستفادة:

استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تحديد مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها، وفي تحديد المفاهيم وكيفية اختيار المنهجية. وقد تناولت الدراسات، التي تم استعراضها سابقاً، موضوع الزواج المبكر أو زواج القاصرات من حيث تأثير ذلك على الأسرة وعلى أوضاعها الاجتماعية والاقتصادية؛ فدراسة (ياغي، 2018) هدفت إلى التعرف على أهم الأسباب التي ساهمت في بروز ظاهرة زواج القاصرات وآثارها على الفتيات القاصرات بالذات في ظل الأزمة السورية، بينما ركزت دراسة (راجح، 2021) على أسباب حدوث ظاهرة



زواج القاصرات وآثارها في الفتاة من وجهة نظر عينة من الشباب في المجتمع اليمني، ودراسة (أحمد، 2020) تناولت تحديد مستوى دور الجمعيات الأهلية في مواجهة ظاهرة زواج القاصرات، وتحديد مستوى عائد هذا الدور والمعوقات التي تواجهه، وتحديد المقترحات للحد من هذه المعوقات، والتوصل إلى رؤية مستقبلية مقترحة من منظور طريقة تنظيم المجتمع لتفعيل دور الجمعيات الأهلية في مواجهة مشكلة زواج القاصرات. أما دراسة (الشاعر، 2016) فركزت على الأسباب الاجتماعية والاقتصادية لزواج القاصرات؛ وتحديد الآثار الاجتماعية والنفسية المترتبة عليه من وجهة نظر أرباب الأسر المبحوثين، واستهدفت دراسة (المرسى؛ وآخرون، 2015) خصائص الزوجات القاصرات، والأسباب التي تدفع الأسر إلى تزويج بناتها في سن صغيرة، والمشكلات المترتبة على زواج القاصرات.

الاتفاق:

اتفقت الدراسة الحالية مع جميع الدراسات السابقة في تحديد الآثار الاجتماعية والنفسية المترتبة على زواج القاصرات، وفي كيفية الحد منه. إضافة إلى أن هذه الدراسة قد تطرقت إلى دور الجمعيات الأهلية في مواجهة ظاهرة زواج القاصرات وإلى المعوقات التي تواجهها الجمعيات في مكافحة هذا الزواج. وقد اتفقت أغلبها مع الدراسة الحالية من حيث الموضوع والهدف والآثار الناتجة عن زواج القاصر.

ما يميز الدراسة الحالية عن سابقتها:

تميزت الدراسة الحالية بأنها اتخذت من اليمن مكان محددًا للدراسة، متناولة زواج القاصرات في المجتمع اليمني موضوعًا لها، وتعرفت عليه بوصفه ظاهرة وعلى مدى انتشاره في السنوات الأخيرة، وعلى الأسباب التي أدت إلى ذلك والآثار الناتجة التي يمكن أن تتعرض لها الفتاة القاصر، نفسيًا وبدنيًا واجتماعيًا. ومن خلال النتائج التي توصلت إليها الدراسة، سعت إلى إيجاد بعض الحلول للحد من هذه الظاهرة في اليمن.



الفصل السادس

منهجية الدراسة ونتائجها

يعرض الفصل الحالي المنهجية المتبعة في الدراسة الحالية، والنتائج التي تم التوصل إليها ومناقشتها مع الدراسات السابقة كما يلي:

أولاً: منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي المسحي لوصف واقع ظاهرة زواج القاصرات، من خلال القيام بتحليل مؤشرات القاصرات من الإحصائيات والتقارير والأبحاث الصادرة عن بعض المنظمات والمؤسسات، ومن الدراسات المتعلقة بزواج القاصرات في بعض الدول العربية، ومن التقارير الصادرة عن المنظمات الدولية بغرض التعرف على مدى انتشار هذه الظاهرة في المجتمع اليمني.

ثانياً: نتائج الدراسة:

- يعد الزواج المبكر إحدى المشاكل الاجتماعية التي يعاني منها المجتمع اليمني، وتعانيها الفتاة اليمنية بالذات، سواء في الحضر أو الريف.
- نتيجة للظروف الحالية ونزوح الأسر من مناطقها، ازداد انتشار ظاهرة الزواج المبكر لا سيما بين الأسر النازحة.
- زواج القاصرات عادة اجتماعية متأصلة تتدرج في إطار الثقافة والعادات والتقاليد البالية التي ترى أنه يجب على الفتيات أن يقبلن بأول زوج يطلبهن حتى لا ينعتن بالعوانس.
- تداخلت العديد من العوامل التي ساهمت بشكل كبير ومؤثر في انتشار هذه الظاهرة، منها عوامل ثقافية واجتماعية واقتصادية؛ فالأسرة الفقيرة أكثر اندفاعاً لتزويج بناتها في سن مبكرة.
- ارتفاع نسبة تأنيث الفقر بين النساء المتزوجات في سن مبكرة في حال فقد عائل الأسرة.
- اتخاذ قرار الزواج للفتاة هو سلطة بيد ولي الأمر (الأب، الأخ، العم...)، ومن ثم تحرم من حق اختيار شريك حياتها.
- عدم وجود إعلام قوي يقنع الجهات المعنية والرأي العام بخطورة هذه الظاهرة.



- ارتفاع نسبة وفيات الأمهات الصغيرات السن بسبب تعرضهن في سن مبكرة للعديد من مخاطر الحمل والولادة مثل النزيف الحاد والأنيميا الحادة... إلخ.
- من أهم أسباب زواج القاصرات: تفشي الفقر وسوء الظروف الاقتصادية التي ترهق كاهل الأسر، عدم تعليم المرأة وإشراكها في الحياة الاجتماعية، الحروب وانعدام الأمن والاستقرار، عدم تحديد سن معينة في القانون لزواج الفتاة، النظرة القاصرة تجاه المرأة في المجتمعات التقليدية، عدم وجود استعداد نفسي وجسدي كاف لخوض التجربة.
- للزواج المبكر آثار سيئة جمّة، منها: حرمان الفتاة من التمتع بطفولتها وتحملها المسؤولية في سن مبكرة، التسبب في اضطرابات نفسية للفتاة إذا وقع الطلاق، التسبب بموتها لعدم قدرتها على تحمل آلام الولادة، تفكك الأسر وعدم القدرة على العناية بالأبناء نتيجة قلة وعيها وخبرتها وضعف بدنها.

ثالثاً: مناقشة النتائج مع الدراسات السابقة:

توصلت الدراسة الحالية إلى أن من أهم الأسباب الاجتماعية لزواج القاصرات انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي لهذه الأسر، متفقةً بذلك مع دراسة (الشاعر، 2016) ودراسة (راجح، 2021) ودراسة (ياغي، 2018).

واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (راجح، 2021) ودراسة (ياغي، 2018) ودراسة (المرسى؛ وآخرون، 2015) في أن لجوء الأسر إلى تزويج بناتها في سن صغيرة ناتج عن الظروف القاسية التي عانتها الأسر، وسوء الظروف الأمنية والمادية والاجتماعية، منطلقين من هاجس الخوف على بناتهم من أن يتعرضن لمشكلات تمس بشرفهن، وللتخفيف من الأعباء المادية - خاصة في العائلات ذات العدد الكبير من الأولاد-، وعدم القدرة على تحمل تكاليف تعليم البنات.

وتبين أيضاً أن من أهم الأسباب التي تدفع الأسرة إلى تزويج بناتها في سن مبكرة هو الجهل والتخلف والعادات والتقاليد القديمة، ومفهوم سترة البنت، وإيقاف تعليمها. وهو ما اتفقت فيه الدراسة مع دراسة (أحمد؛ وآخرون، 2019) ودراسة (المرسى؛ وآخرون، 2015).

واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (الشاعر، 2016) ودراسة (أحمد؛ وآخرون، 2019) ودراسة (ياغي، 2018) في أن الآثار النفسية، كاضطرابات



الشخصية والحرمان العاطف وإصابة الفتاة بأمراض عضوية هي من أهم الآثار المترتبة على الزواج المبكر.

أيضاً، اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (الشاعر، 2016) ودراسة (المرسى؛ وآخرون، 2015) في أن للزواج المبكر آثاراً اجتماعية ناتجة عنه، منها عدم تحمل المسؤولية، وحدوث المشاكل الأسرية، والتسرب من التعليم، وعدم إدراك الفتاة لمعنى الحياة الزوجية، وزيادة حالات الطلاق.

واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (ياغي، 2018) في ارتفاع نسبة «تأنيث الفقر» بين النساء المتزوجات في سن مبكرة في حال فقدان عائل الأسرة. واتفقت مع دراسة (ياغي، 2018) ودراسة (المرسى؛ وآخرون، 2015) في ارتفاع نسبة الوفيات بين الأمهات الصغيرات في السن؛ بسبب تعرضهن للعديد من مخاطر الحمل والولادة في سن مبكرة، ومنها النزيف الحاد والأنيميا الحادة وغيرها.



الخاتمة:

تناولت هذا الدراسة ظاهرة زواج القاصرات، وبينت أن آثارها السلبية على الفتاة أكثر بكثير من آثارها الإيجابية. وأكدت أنها ظاهرة منتشرة في المجتمع اليمني، في الريف والحضر، وأنها منتشرة بين الذكور والإناث بشكل عام وبين الإناث بشكل خاص. وتزداد حالات زواج القاصرات في ظل الظروف الحالية، مع وجود العديد من الأسباب التي أوجدت بيئة خصبة لنموها، كالجهل والفقر والخوف والكوارث والحروب وغيرها من الأسباب. ولا يمكن أن ننسى أن للعادات والتقاليد دوراً أساسياً في تكريس هذه الظاهرة؛ فالأمثال الشعبية المتداولة تشجع وتدعو إلى ذلك إلى أن أصبحت ثقافة سائدة في المجتمع تنقلها التنشئة الاجتماعية عبر الأجيال.

وتترك ظاهرة زواج القاصرات آثارها السلبية عليهن، منها آثار صحية وأخرى نفسية، أخطرها ارتفاع نسبة الوفيات بين الأمهات نتيجة الحمل والإنجاب المبكرين، وارتفاع نسبة الأمية بين النساء نتيجة التسرب من التعليم، وارتفاع نسبة الفقر بينهن نتيجة لأميتهن المبكرة وعدم تأهيلهن بالشكل المطلوب للمشاركة في سوق العمل. كما أن الزواج المبكر يعد نوعاً من أنواع العنف الذي يمارس ضد المرأة.

ويعد عدم وجود نص قانوني محدد لسن الزواج في القانون اليمني عاملاً مهماً في انتشار هذه الظاهرة؛ إذ نجد كثيراً من الحالات التي يتم فيها تزويج صغار السن من قبل أوليائهم دون إذن هؤلاء الصغار. بالإضافة إلى عدم وجود توثيق لعقود الزواج في جهة رسمية لتتحرى من سن الزوجين عند عقد الزواج.

ولمعالجة الظاهرة والحد من وقوعها وآثارها، طرحت الدراسة العديد من الحلول، مثل: تفعيل المعاهدات الدولية التي تحمي المرأة، القضاء على التمييز ضد النساء، الاتجاه نحو تغيير الأعراف الاجتماعية السيئة والمضرة بالفتاة والأسرة والمجتمع، وضع قوانين تحمي النساء من العنف الاجتماعي.



مراجع باللغة العربية:

- الأحويل، عوض عبد الرحمن؛ وبشير، انتصار مجيد (2022): زواج القاصرات في المجتمع الليبي: رؤية سوسولوجية لمعايير القضاة في منح أذونات الزواج (قضاة مدينة بنغازي أنموذجاً)، مجلة المختار للعلوم الإنسانية، المجلد (40)، العدد (1)، ص 29-50.
- راجح، أمل صالح سعد (2021): زواج القاصرات في المجتمع اليمني: الأسباب والآثار (دراسة سوسولوجية لآراء عينة من الشباب)، مجلة جامعة عدن للعلوم الإنسانية والاجتماعية، EJUA-HS Vol. 2 No. 1 (2021).
- أحمد، هالة عبد العظيم مدني (2020): دور الجمعيات الأهلية في مواجهة ظاهرة زواج القاصرات، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، العدد (50)، المجلد (1)، <https://jsswh.journals.ekb.eg>.
- أحمد، مصطفى حمدي؛ وآخرون (2019): دراسة اجتماعية لظاهرة الزواج المبكر بريف محافظة أسبوط، (397-408) 2019 (50) No. (2) (Assiut J. Agric. Sci.),.
- ياغي، نهلة ناظم (2018): ظاهر زواج القاصرات في ظل الأزمة السورية: دراسة ميدانية في مدينة جرمانا، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية - سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد (40)، العدد (3).
- الشقرات، صالح خالد صالح (2017): زواج القاصرات بين الشريعة والقانون، مجلة جامعة الشارقة، <https://mawdoo3.com>.
- الشاعر، جمال محمد أحمد (2016): أسباب ظاهرة زواج القاصرات والآثار المترتبة عليها بريف محافظة الجيزة، مجلة قطاع الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر - كلية الدراسات الإنسانية، العدد (18)، (<http://search.mandumah.com/Record/1020714>).
- المرسي، ابتسام مرسى؛ وآخرون (2015): زواج القاصرات؛ الأسباب والآثار المترتبة عليه: دراسة حالة لقرية مصرية بمحافظة الغربية، مجلة كلية الآداب، جامعة الفيوم، العدد (12)، من موقع: (<http://search.mandumah.com/Record/1020714>).
- المؤتمر الخامس للشريعة والقانون، (2015): الزواج الشرعي المبكر في مواجهة الفوضى الجنسية والمواثيق الدولية 1436هـ / 2015م، (<https://www.alhiwartoday.net/>) (node/10942).
- المجلس الوطني للسكان الأمانة العامة، صنعاء، (2014).
- الفايز، ميسون بنت علي (2012): زواج الصغيرات، مركز الأبحاث الواعدة في البحوث الاجتماعية ودراسات المرأة، السعودية.
- الزاردي، فيصل محمد (2010): المرأة بين الزواج والطلاق في المجتمع العربي والإسلامي، دار الكتاب العربي، بيروت.
- عمر، أحمد مختار (2008): معجم اللغة العربية المعاصرة، عالم الكتب، القاهرة.
- دي الويس، رانجيتا دي سيلفا (2008): زواج الأطفال والقانون، سلسلة أوراق مبادرة



- الإصلاح التشريعي، (اليونيسيف، نيويورك، كانون الثاني/يناير 2008).
- حمزة، نوال عبدالرحمن؛ وآخرون (2008): الزواج المبكر: دراسة في المفهوم والأسباب والآثار، جزء من متطلبات الحصول على دبلوم في الدراسات السكانية، مركز التدريب والدراسات السكانية، جامعة صنعاء.
 - جابر، أحمد؛ وآخرون (2006): المرأة العربية في مواجهة النضالية والمشاركة العامة، مركز دراسات الوحدة العربية، الطبعة (1)، بيروت.
 - الشرجبي، عادل مجاهد (2005): الزواج المبكر في اليمن، مركز دراسات المرأة والتنمية بجامعة صنعاء ومنظمة أوكسفام (بريطانيا).
 - الحيمي، عفاف أحمد (2005): الزوج المبكر وآثاره الاجتماعية، المجلس الأعلى للمرأة، اللجنة الوطنية للمرأة، الجمهورية اليمنية، صنعاء.
 - صائم، نجاه (2004): الزواج المبكر، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر الأول لمناهضة العنف ضد المرأة، اللجنة الوطنية للمرأة، بالتعاون مع منظمة أوكسفام - بريطانيا.
 - البرنامج العام للحكومة اليمنية، (2003).
 - الشرجبي، عادل مجاهد (2003): العنف الموجه ضد النساء في اليمن، مسودة أولية محدودة التداول، اللجنة الوطنية للمرأة، صنعاء.
 - الشرجبي، عبد الحكيم أحمد (2001): المرأة والفقير في اليمن؛ دراسة تحليلية لفجوة النوع الاجتماعي في دراسات الفقر في اليمن، اللجنة الوطنية للمرأة، صنعاء.
 - المجلس الوطني للسكان (2001): السياسة الوطنية للسكان في الجمهورية اليمنية - 2001-2025م، الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان، الطبعة الأولى.
 - مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي (2001): تقرير حول وضعية المرأة الفلسطينية، القدس، متوفر على: [www. wclac.org](http://www.wclac.org).
 - الخولي، سناء حسنين (2001): الأسرة والحياة العائلية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
 - الصلاحي، فؤاد (2001): ملخص لدراسة بعنوان أوضاع المرأة الريفية وقضايا النوع الاجتماعي؛ دراسة ميدانية تحليلية، اللجنة الوطنية للمرأة، صنعاء.
 - اللجنة الوطنية للمرأة (2000): مشروع الاستراتيجية الوطنية للنوع الاجتماعي، صنعاء.
 - وزارة التخطيط والتنمية (2000): الاستراتيجية الوطنية الشاملة للتنمية البشرية المستدامة، (نسخة أولية محدودة التداول)، صنعاء.
 - عفانة، حسام الدين (2000): الزواج المبكر، مؤتمر المرأة الفلسطينية وتحديات الأسرة المعاصرة المنعقد في جامعة النجاح الوطنية.
 - رمضان، السيد (1999): إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والسكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
 - الجوهري، عبد الهادي (1998): قاموس علم الاجتماع، الطبعة (3)، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
 - اليونيسف (1998): تحليل حالة الأطفال والنساء في الجمهورية اليمنية، صنعاء.
 - وزارة الشباب والرياضة (1998): الاستراتيجية الوطنية لإدماج الشباب في التنمية، صنعاء.



- باشا، قدرى (1997): الأحكام الشرعية في قانون الأحوال الشخصية، نقابة المحامين في دمشق.
- عبد الرحيم، سعاد عثمان (1995): دراسة ميدانية عن وعي المرأة وآثاره على معدل الخصوبة وتنظيم النسل، مقدمة في ورشة عمل السكان والتنمية في الجمهورية اليمنية، عدن 14-12 سبتمبر.
- أطفال اليمن؛ تقييم شامل (1994): دراسة تحليلية ميدانية، صنعاء، فبراير 1994.
- الخولي، سناء (1989): الزواج والأسرة في عالم متغير، دار المعرفة الجامعية.
- الصفار، عبد الرازق (1987): المشاكل القانونية للزواج في الريف العراقي لمحافظة نينوى، مجلة الآداب الرفادين، العدد (87).
- شقير، حفيظة (1981): دراسة مقارنة للقوانين الخاصة بالمرأة والأسرة في المغرب العربي (تونس، المغرب، الجزائر) مجلة المستقبل العربي، العدد (34).
- رضوان، إيمان؛ وعماد، منذر (د. ت): ملخص دراسة الزواج المبكر في المجتمع الفلسطيني: أسباب ونتائج مركز شؤون المرأة، غزة.
- الصلاحي، فؤاد (د. ت): الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في اليمن، مركز التدريب والدراسات السكانية: الخصوبة البشرية في اليمن، دراسات اجتماعية، الجمهورية اليمنية، جامعة صنعاء.
- الزلمي، مصطفى إبراهيم (د. ت): أحكام الزواج والطلاق في الفقه الإسلامي المقارن، دراسة مقارنة، الطبعة (4)، المديرية العامة للمكتبات، أربيل.
- عبد الله، فتحية محمد (د. ت): اتفاقية حقوق الطفل وأخطار الزواج المبكر الصحية والاجتماعية، ورقة عمل مقدمة إلى الندوة المنعقدة بمناسبة يوم المرأة 8 مارس. صنعاء
- مرشد، بشرى أحمد (د. ت): واقع الفتاة اليمنية، ورقة عمل مقدمة إلى المهرجان العالمي الخامس عشر للشباب والطلاب، الجزائر 16-8 أغسطس.
- المجلس الأعلى للمرأة (د. ت): الزواج المبكر في المجتمع اليمني (دراسة مسحية)، اللجنة الوطنية للمرأة ومنظمة أوكسفام، صنعاء.
- اتفاقية حقوق الطفل، المادة (1).
- وثيقة صادرة عن اليونيسف، متوفر على الموقع الإلكتروني: www.unicef.org



مراجع باللغة الإنجليزية:

- Helen Wylie, 2019: “115 million boys and men around the world married as children. (www.unicef.org).
- Unicef-irc, 2001: EARLY MARRIAGE, 1/3/2001.
- Helen Wylie (2-3-2018), “25 million child marriages prevented in last decade due to accelerated progress, according to new UNICEF estimates”, www.unicef.org.

مواقع على الإنترنت:

- <https://arabstates.unfpa.org/ar/topics>
- www.data.unicef.org, 1-10-2019: Child marriage
- <https://www.noonpost.com>
- <https://www.irfaasawtak.com/extremism/2022/06/05>
- <https://daraj.com/86896/>
- <https://www.hrw.org/ar/news/2011/12/08/244732>
- <https://raseef22.net/article/29638-early-marriage-in-yemen>
- <https://admin.carnegieendowment.org/sada/?fa=84022>
- <https://www.hespress.com/writers/379846.html>
- <https://ainnews.net>



www.yemeninformation.org

البريد الإلكتروني: YIC@yemeninformation.org

مكتب صنعاء: 967-1-216282 - مكتب عدن: 772415913 - مكتب إب: 04-425622

مكتب حضرموت: 733839555 - مكتب الحديدة: 778218127